

## **Corpo Doente *Versus* Memórias do Corpo São**

Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Doutor no âmbito do Curso de Doutoramento em Atividade Física e Saúde, organizado pelo Centro de Atividade Física, Saúde e Lazer (CIAFEL) da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, nos termos do Decreto-Lei 74/2006 de 24 de Março, orientada pelos Professores Doutores Rui Proença Garcia e Rui Nunes Corredeira.

Ana Sofia Carneiro Saraiva

Porto, 2018

Saraiva, A. S. C. (2018). *Corpo Doente Versus Memórias do Corpo São*. Porto: A. S. C. Saraiva. Dissertação de Doutoramento em Atividade Física e Saúde apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Palavras-Chave: ATIVIDADE/EXERCÍCIO FÍSICO, HISTÓRIAS DE VIDA, FUNCIONALIDADE, SAÚDE, AVC.

## **Agradecimentos**

Dado que a concretização deste trabalho de investigação foi possível, não apenas pelo empenho e dedicação de quem o realizou, mas também pela preciosa ajuda e apoio de outros intervenientes que, direta ou indiretamente, prestaram o seu contributo, exprimo, deste modo, o meu sincero agradecimento:

Ao Prof. Doutor Rui Garcia pela disponibilidade imediata em orientar este trabalho, pela dedicação, acompanhamento, interesse que votou a esta investigação, pelos constantes desafios propostos, pelo incentivo em continuar e pelas conversas que me fizeram mudar e melhorar a perspetiva nas diferentes dimensões da vida.

Ao Prof. Doutor Rui Corredeira pelo interesse e conhecimentos transmitidos.

Às pessoas entrevistadas que desde o primeiro momento se mostraram disponíveis e aceitaram participar nesta investigação que sem eles não teria sido possível realizar.

A meus pais e irmã que sempre me forneceram o apoio e estímulo essencial para ingressar e concluir esta etapa, por nunca me deixarem de incentivar.

À minha avó e avô<sup>†</sup> que pela simplicidade dos seus atos e palavras me deram o incentivo e ânimo necessário em vários momentos da realização deste trabalho.

Ao Ivo pela presença, paciência, disponibilidade, pelo constante incentivo em continuar por sempre ter acreditado e me ter feito acreditar.

A todos os meus Amigos, pela presença, palavras de incentivo e manifestações de solidariedade nesta fase e durante todo o percurso.

A todos o meu obrigada sincero por tudo o que fizeram por mim.



## Índice Geral

I – Introdução	1
1. Introdução	3
2. Questão norteadora do trabalho e Objetivos	7
II- Metodologia	9
1. Natureza do estudo	11
2. Grupos estudados	13
3. Processo de recolha de dados	17
3.1 A entrevista	18
Condições de realização das entrevistas	20
3.2 Diário de Campo	21
4. Processo de tratamento e interpretação dos dados	22
III- Campo teórico de análise	25
1. Corpo	27
1.1 Contextualização	27
1.2 Corpo na atualidade	32
1.3 Corpo, Tempo e Espaço	68
1.4 Corpo objeto <i>versus</i> Corpo sujeito	74
2. Saúde <i>versus</i> Doença	77
2.1 Evolução dos conceitos de Saúde e Doença	77
2.2 Definições dos conceitos de Saúde e de Doença	89
2.3 Atitudes perante a Saúde e Doença	96
3. Atividade/Exercício físico na recuperação do Acidente Vascular Cerebral	104
3.1 Acidente Vascular Cerebral	104
3.2 Fatores etiológicos	108
3.3 Atividade/Exercício físico no tratamento do Acidente Vascular Cerebral	110
3.4 Prescrição de atividade/exercício físico	123
3.5 Realidade Portuguesa	127

3.6 Barreiras	130
3.7 O papel da Terapia Ocupacional na recuperação do Acidente Vascular Cerebral através da atividade/exercício físico	133
IV – Tarefas descritiva e interpretativa: Um diálogo entre a teoria e a <i>empiria</i>	139
1. Corpo	141
2. Saúde <i>Versus</i> Doença	169
3. Atividade/Exercício físico na recuperação do Acidente Vascular Cerebral	181
V – Conclusões	197
VI – Referências Bibliográficas	203

## Índice de Quadros

Quadro 1: Grupo estudado	16
--------------------------	----





## **Índice de Anexos (CD-Rom)**

Anexo 1: Consentimento informado participantes

Anexo 2: As entrevistas



## Resumo

No século XX ocorreu aumento da esperança média de vida, justificado fundamentalmente pela diminuição da mortalidade infantil e fatores médico-sanitários que evitaram epidemias fatais. Porém, os tempos provocaram o aparecimento das denominadas doenças da civilização, nomeadamente os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC). Os efeitos deletérios provocados pelos AVC marcam um *antes* – memória – e um *depois* – esperança – na vida das pessoas. Assim, este estudo pretendeu estabelecer essas duas condições temporais centradas na vivência corporal. Foi nosso objetivo estabelecer histórias de vida (Garcia e Portugal, 2009) de pessoas acometidas por esse processo patológico, comparando-se o seu corpo atual, doente, com as memórias preservadas do corpo são, recorrendo-se a duas técnicas para a recolha de dados: entrevista de natureza aberta (Denzin & Lincoln, 2000) e pelo diário de campo (Patton, 2002), com as quais percebemos o diálogo entre o eu atual, caracterizado pelo “estar doente”, e as memórias do eu anterior “são”. Foram entrevistadas 10 pessoas que sofreram AVC, 5 elementos do sexo masculino e 5 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 53 e os 79 anos. Para a interpretação dos dados recorremos à técnica de análise do discurso (Orlandi, 1988). Face aos objetivos propostos, à metodologia e ao material recolhido, foi possível concluir: i) é nítida a existência de um diálogo interno que retrata dois “eus”, o do corpo doente com as memórias preservadas do seu corpo são; ii) o acidente vascular foi o momento de quebra entre o que a pessoa era e aquilo que se tornou, o que levou à (re)construção de um novo Eu; iii) a forte valorização do trabalho ou da impossibilidade de o realizar em virtude da doença, para mais tratando-se de um meio rural; iv) a importância atribuída à atividade física em virtude da associação entre vida ativa e saúde; v) interesse na participação em atividades/exercícios físicos regulares; vi) a quase inexistência de programas de atividade/exercício físico na região do estudo, malgrado a produção científica sobre a sua necessidade para a recuperação desses doentes.

**PALAVRAS-CHAVE:** ATIVIDADE/EXERCÍCIO FÍSICO, HISTÓRIAS DE VIDA, FUNCIONALIDADE, SAÚDE, AVC.



## **Abstract**

In the 20th century, there was an increase in the average life expectancy, mainly due to the decrease in infant mortality and medical and health factors that prevented fatal epidemics. However, times have caused the so-called diseases of civilization, namely Stroke. The harmful effects caused by strokes mark time as before – memory- and a time after - hope - in people's lives. Thus, this study aimed to establish these two temporal conditions centered on body experience. It was our goal to establish life histories (Garcia and Portugal, 2009) of people affected by this pathological process, comparing their current, diseased body with the preserved memories of the body, using two techniques for the collection of (Denzin & Lincoln, 2000) and by the field diary (Patton, 2002), with which we perceive the dialogue between the present, characterized by "being sick", and the memories of the previous "healthy" being. Ten people who suffered strokes were interviewed, 5 men and 5 women, aged between 53 and 79 years. For the interpretation of the data, we used the technique of discourse analysis (Orlandi, 1988). Considering the goals, the methodology and the collected material, it was possible to conclude: i) the existence of an internal dialogue that portrays two "selves" is clear, that of the sick body with the preserved memories of its healthy being; ii) the stroke was the moment of rupture between what the person was and what he/she became, which led to (re) construction of a new identity; iii) the high value of work or the impossibility of doing so because of the disease, especially in rural areas; iv) the importance given to physical activity because of the connection between active life and health; v) interest in participating in regular physical activities / exercises; vi) the lack of activity / exercise programs in the region of the study, despite the lack of scientific production on their need for the recovery of these patients.

**KEYWORDS:** ACTIVITY / PHYSICAL EXERCISE, LIFE STORIES, FUNCTIONALITY, HEALTH, STROKE.



## Índice de Abreviaturas

AHA: *American Heart Association*

AIT: Acidente Isquémico Transitório

AVAI: Anos de Vida Ajustados em função da Incapacidade

AVD: Atividades da Vida Diária

AVDI: Atividades da Vida Diária Instrumentais

AVC: Acidentes Vasculares Cerebrais

AVE: Acidente Vascular Encefálico

DGS: Direção Geral da Saúde

DM: Diabetes *Mellitus*

ECG: Eletrocardiograma

FA: Fibrilação Auricular

HTA: Hipertensão Arterial

OMS: Organização Mundial de Saúde

PRC: Programas de Reabilitação Cardíaca

RC: Reabilitação Cardíaca

SM: Síndrome Metabólico

SNS: Sistema Nacional de Saúde

TO: Terapia Ocupacional

VO<sub>2</sub>pico: Pico de Consumo de Oxigénio









## 1. Introdução

Nos últimos anos tem-se assistido a inegáveis progressos nas áreas científica e médica, no entanto, as doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte em toda a Europa, nomeadamente em Portugal (Morais, 2014).

Segundo Moraes (2014), nas duas últimas décadas tem ocorrido uma diminuição progressiva das taxas de mortalidade destas doenças, facto que se deve à promoção de algumas medidas e estratégias preventivas, tal como a Lei de Cessação Tabágica, a realização de campanhas de sensibilização para a adoção de hábitos de vida saudável encetadas por diversas organizações científicas e profissionais de saúde, assim como, na sequência dos progressos científicos ao nível do tratamento das síndromes coronárias agudas e do Acidente Vascular Cerebral (AVC)<sup>1</sup> e a implementação de programas de acesso a cuidados de saúde diferenciados.

Posto isto, estas medidas que tem vindo a ser implementadas levaram a uma redução da incidência do AVC. Segundo dados apresentados pelo Presidente da Sociedade Portuguesa do AVC, Professor Doutor Castro Lopes, entre os anos de 1990 e 2000, a incidência do AVC era de 2,8/1000habitantes/ano, tendo-se verificado uma redução para 2/1000habitantes/anos entre os anos 2000 e 2010, ou seja, por ano, por cada 1000 habitantes, duas são vítimas de um AVC (Lopes, 2017).

No entanto, apesar da diminuição da incidência tem-se verificado um aumento da prevalência de doentes que padeceram de um AVC, dado que a taxa de sobreviventes aumentou de forma substancial na última década. Assim, os AVC continuam a ser a principal causa de morte e incapacidade permanente em Portugal, sendo que, por hora três portugueses são vítimas de um AVC e destes um não sobreviverá, e pelo menos metade ficará com sequelas permanentes e incapacitantes (Lopes, 2017).

---

<sup>1</sup> A expressão “Acidente Vascular Encefálico” tem vindo a ser introduzida como uma tentativa de ampliar o conceito, uma vez que nesta doença pode estar envolvido qualquer estrutura encefálica, e não apenas a parte cerebral (Gagliardi, 2010). No entanto, como a bibliografia continua a utilizar a expressão “Acidente Vascular Cerebral” optámos por utilizar esta última expressão.

Desta feita, a maioria das pessoas acometidas por um AVC apresenta sequelas que se manifestam como défices ao nível do movimento e função, mobilidade, equilíbrio, cognição, atenção, memória, linguagem, dor, sensibilidade, perceção, problemas emocionais e psicológicos, sendo que a recuperação total dos défices se reflete numa pequena proporção de doentes acometidos por esta patologia (Billiger et al., 2014; Saunders, et al., 2014).

Neste sentido, reportando-nos agora ao nosso país, em Portugal, esta patologia é a principal causa de dependência e incapacidade, situação que acarreta alterações do tecido social, assim como da estrutura e dinâmica pessoal e familiar, na medida em que se verifica um gasto acrescido com consultas médicas e medicação, participação num programa de reabilitação, e ainda, necessidade de alocação de recursos que poderá levar a uma diminuição de bens monetários e materiais (Sá, 2009).

O conjunto de alterações consequentes do padecimento de uma doença, neste caso, de um AVC, acarreta repercussões de várias ordens, nomeadamente, do foro psíquico e mental, assim como, na execução das suas atividades do quotidiano, na medida em que a pessoa doente poderá não estar capaz de assumir todas as suas responsabilidades ou estar menos apto ou eficiente que o normal (Giddens, 2009).

Posto isto, a experiência de ter uma doença poderá condicionar identidade pessoal. No caso dos doentes crónicos ou em estado de invalidez, tal como acontece nas pessoas vítimas de um AVC, as interações sociais, consideradas na maioria das vezes banais, podem tornar-se momentos de risco ou de incerteza, na medida em que os entendimentos ou momentos de partilha que se depreendem estar na base das relações quotidianas nem sempre se verificam quando está em causa situações de doença e/ou incapacidades (Giddens, 2009).

Para além das alterações deste âmbito, são também notórias as condicionantes sentidas ao nível corporal, na medida em que o corpo designa a identidade profunda da pessoa, tendo em vista a alcançar respeito e dignidade, tornando-se lugar de identidade pessoal no qual as pessoas aprendem a habitar

plenamente, considerando-o a sua própria realidade (Lipovetsky; 1989; Prost, 1991).

No entanto, a aparência subjuga qualquer outra dimensão do indivíduo, pelo que alterações a este nível decorrentes de uma condição patológica, torna a pessoa prisioneira num corpo que não lhe permite expressar a sua verdadeira identidade (Turner, 1997).

Segundo Le Breton (1953), a aparência corporal coloca a pessoa sob o olhar avaliativo do outro sendo comuns visões estereotipadas que apresentam uma maior predileção sobre as aparências físicas e transformando-as de uma forma natural em estigmas, nomeadamente a forma do corpo ou do rosto, tal como acontece com a visão generalizada associada às pessoas que sofreram um AVC.

A este respeito, na sociedade atual, proliferam os cuidados de saúde que visam uma aproximação ao ideal do corpo são, mediante o controlo efetivo de patologias rigorosamente identificadas, na medida em que a saúde é um dos aspetos relacionados com o cuidado com o corpo em que se verifica um investimento mais universal (Ribeiro, 2003).

Assim, não basta ser-se saudável, há que parece-lo, sendo passível de constatar-se a associação entre saúde e aspeto físico, tratando-se assim, segundo Mota (2001), de uma nova “moral do corpo”, na qual o corpo passa a ser também uma forma de representação social.

Uma das medidas prevalentes e que tem reunido maior consenso para o alcance de tal desiderato prende-se com a prática de atividade física, na medida em que, tendo por base inúmeros estudos reforçados por dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a inatividade física e a obesidade são consideradas como duas das maiores ameaças à saúde pública do século XXI, pelo que, a atividade física é considerada importante para combater a doença e garantir a saúde, sendo aconselhada a sua execução para a generalidade da população (Bento, 2006; Mota, 1998).

Neste sentido a prática de atividade física, assim como os valores que lhe estão associados traduzem um conjunto de preocupações mais profundas ao nível da vivência corporal e expressão do sujeito enquanto indivíduo sendo

encetados um conjunto de comportamentos e ações demonstrativos de um desejo mais profundo de desenvolvimento e alteração da própria identidade (Mota, 2001).

Outro dos aspetos passível de se perceber através do corpo é a constatação do nosso poder e do poder dos outros, na medida em que é pelo corpo que exercemos poder enquanto sobre ele é exercido também o poder dos outros (Jana, 1995).

Assim, ao pretendermos conhecer a perspetiva das pessoas vítimas de um AVC, no que se refere à sua consciência relativamente ao seu corpo doente e às limitações que o acometem, não podemos deixar de ter em mente o descrito por Jana (1995) quando refere que a percepção da existência de cada pessoa tem na base a consciência clara do seu poder, ou seja, daquilo que a pessoa pode ser ou fazer, e da sua limitação, na medida em que não se pode ser e fazer tudo. Posto isto, três são as situações possíveis: a possibilidade, a dificuldade e a impossibilidade, pelo que, é através do corpo e da sua relação com o mundo que se tem consciência se é fácil ou difícil a execução (Jana, 1995).

Ainda a este respeito importa focar a tensão existente entre o eu interior e a aparência exterior, que só tem sentido quando enquadrada num contexto social e temporal (Turner, 1994). Desta feita, constata-se a existência de um tempo interior que se impõe ao tempo exterior desdobrando-o passando a existir vários tempos dentro do tempo, surgindo o tempo subjetivo, o tempo de cada um (Cunha e Silva, 1995).

Neste contexto é vivida a tensão entre o corpo exterior e o interior que evoca sentimentos de escravidão, de dualidade e de oposição do sujeito e o seu corpo (Alves, 1999). Este confronto é vivenciado por quem sofreu uma patologia, neste caso um AVC, que a partir dessa altura se sente separado de todos os que o rodeiam por um muro invisível, como uma “caixa” que o isola do “exterior” e que contém a verdadeira pessoa, o seu verdadeiro “eu”.

Ao corpo são atribuídas determinadas funções (biológicas, psicológicas, sociais), sendo constantemente avaliados os seus níveis de desempenho, confrontando-os com as aspirações e expectativas delineadas. No entanto, a experiência que temos do nosso corpo é diversificada, ou seja, reconhecemos

nele uma grande variedade de competências com as correspondentes prestações, neste sentido, pelo que cada um de nós conhece do seu corpo, sabe o que lhe pode solicitar no presente e com o que, possivelmente, poderá contar no futuro (Ribeiro, 2003).

Esta situação pode não se verificar nas pessoas acometidas por um processo patológico, na medida em que, decorrente do mesmo, poderão deixar de conhecer o seu corpo e não conseguir prever o que podem pedir-lhe no presente, nem antecipar com o que poderão contar dele no futuro. Neste sentido há uma espécie de confronto entre o seu corpo doente com as memórias ainda preservadas do seu corpo são, ou seja, há uma comparação entre o seu nível de funcionalidade no presente, com que eram capazes de realizar no passado.

Com a realização deste estudo pretendemos estabelecer histórias de vida de pessoas acometidas por AVC, solicitando que contem ou descrevam a sua história pessoal, procurando conhecer a sua perspetiva e a sua visão no que concerne ao seu corpo atual, com as memórias preservadas do seu corpo saudável. Este procedimento permite chegar e conhecer a fundo a perspetiva do eu, facilitando e promovendo o conhecimento de toda a sua existência, passada, presente ou a perspetiva do futuro, possibilitando-se, mais especificamente, o diálogo/confronto entre o corpo doente e as memórias do corpo são. Desta forma, pretendemos conhecer a perspetiva do “eu” em diferentes momentos da vida das pessoas entrevistadas (Garcia & Portugal, 2009).

## **2. Questão norteadora do trabalho e Objetivos**

O principal objetivo deste trabalho é estabelecer histórias de vida de pessoas acometidas por AVC, facilitando e promovendo o conhecimento de toda a sua existência, passada, presente ou a perspetiva do futuro, possibilitando-se, mais especificamente, o diálogo/confronto entre o corpo doente e as memórias do corpo são. Assim, foi nosso intento conhecer a perspetiva do “eu” em diferentes momentos da vida.

Desta forma, foi através da questão orientadora deste trabalho – Quais as representações das Pessoas acometidas por AVC, ao longo da sua vida, no que

concerne ao seu corpo atual doente e às memórias do seu corpo são? – que se delinearam os objetivos complementares desta investigação:

1º: Conhecer como a pessoa se revê ao longo da sua vida.

2º: Comparar a vida anterior ao processo patológico com a atual.

3º: Conhecer as principais alterações sentidas, em especial no que tange à mobilidade e como as mesmas influenciam a vida atual.

4º: Identificar quais os factos ocorridos no decorrer da vida que podem, de alguma forma, ter influenciado as pessoas que são hoje.

5º: Qual o sentimento da pessoa quando verifica o comprometimento da atividade física após o AVC, quando comparada com o período antes do AVC.

6º: Mapear a atividade física desenvolvida na sua recuperação após o AVC.







## 1. Natureza do estudo

A escolha da metodologia de investigação deve ter na base a natureza do tema que se pretende estudar, pelo que, tendo por base o objetivo da pesquisa, parece-nos que a metodologia qualitativa será a que melhor responde aos requisitos impostos, proporcionando um conhecimento mais aprofundado acerca dos fenómenos que pretenderemos investigar, assim como, possibilitará conhecer aprofundadamente a perspetiva das pessoas em estudo (Creswell, 1998; Green & Thorogood, 2004; Hammell, Carpenter & Dick, 2000; Patton, 2002; Stadnik, Cunha & Pereira, 2009).

O trabalho realizado requereu sensibilidade, curiosidade e instigou os investigadores à procura e à busca do conhecimento quer do que está à mercê dos seus olhos na prática profissional quotidiana, bem como do que não é totalmente percebido nem exposto à primeira vista, mas que é tão fundamental como os dados logo percebidos, dado que *“O essencial é invisível aos olhos”*, como é focado por Antoine-de-Saint-Exupéry na obra O Príncipezinho. Além de que, a prossecução do mesmo exigiu aos investigadores uma auto compreensão que lhes permitisse estabelecer uma relação empática com as pessoas estudadas possibilitando a perceção aprofundada dos seus papéis e valores que mediavam e influenciavam a sua forma de ser e estar, no acesso às memórias preservadas do tempo passado, que interferem de sobremaneira com o tempo presente, assim como, com as projeções para o tempo futuro.

Sabendo de antemão que a teoria social contemporânea se encontra necessitada de *“etnografias, descrições precisas e densas da vida social”* (Bastos, 2001, p.303), consideramos este ser um dos principais motivos que corrobora a nossa opção metodológica, através da qual foi nosso intento tentar dar a conhecer o dia-a-dia e as perceções de pessoas acometidas por um AVC com um percurso de vida repleto de vivências, esperanças e projetos que muito têm para partilhar e para contribuir numa melhor compreensão e entendimento da pessoa humana, dos modos de pensar e agir, dado que esta perspetiva etnobiográfica implica um entendimento das pessoas estudadas ao mais alto nível de conceptualização (Denzin & Lincoln, 2000).

Posto isto, pretendemos com a realização deste estudo estabelecer histórias de vida facilitando e promovendo o conhecimento de toda a sua existência, passada, presente ou a perspectiva do futuro, possibilitando-se, mais especificamente, o diálogo/confronto entre o corpo doente e as memórias do corpo são. Desta forma, pretendemos conhecer a perspectiva do “eu” em diferentes momentos da vida (Garcia & Portugal, 2009).

Denzin & Lincoln (2000), tomando por base Watson and Watson-Frank (1985), referem que histórias de vida são relatos retrospectivos transmitidos por um indivíduo acerca de parte ou da totalidade da sua vida, na forma oral ou escrita, propostas por outra pessoa. Os mesmos autores, baseando-se em Watson (1976), argumentam que o objetivo principal das histórias de vida passa pelo próprio expressar um comentário, uma visão muito pessoal de como encara a sua própria experiência.

Segundo Roland (2003), tendo por base Lind (1993), as histórias de vida tratam-se de unidades orais de interação social que expressam o sentido de ser e de pertencer de cada um, organizando o discurso e a vida social, descrevendo a cultura em que cada um vive, indicando modos de agir validados ou não por essa cultura.

A mesma autora refere que ao contarmos histórias, acima de tudo, adquirimos conhecimento acerca de nós e de quem somos, ou seja, construímos a nossa identidade social (Roland, 2003).

Segundo Poirier *et al.* (1999), a elaboração de histórias de vida possibilita o conhecimento de dados e informações reais no seu contexto real, promovendo também o autoconhecimento, dado que, ao relembrarmos o passado realiza-se uma reflexão sobre o que foi e também, de alguma forma, sobre o que será a vida. Assim, no tempo presente conhecemos o que somos, lembramo-nos do que fomos e, de certa forma, projetamos o que seremos.

Esta opção pareceu-nos ser a que melhor respondeu ao nosso intento de procurar conhecer e dar voz às pessoas entrevistadas, numa tentativa de que no tempo presente (tempo da doença) possam buscar no tempo passado as lembranças preservadas do seu corpo, daquilo que foram, ao mesmo tempo que

se projetem para um tempo futuro, com toda a panóplia de incertezas, esperanças e possibilidades,

Assim, foi nossa intenção dar voz a um grupo de pessoas a quem a grande maioria das vezes não lhes é dada voz, não lhes é permitido falar de si e acerca de si e da sua situação, dado que, a grande maioria das vezes, são os outros, os familiares, os cuidadores, quem fala por eles e acerca deles. Posto isto, julgamos ser esta uma possibilidade de serem os principais interlocutores e de falarem na primeira pessoa acerca dos seus sentimentos e da forma como encararam o facto de verem a sua vida ser alterada por um evento não esperado e desta forma lhes ter permitido falar e transmitir o que sentiram acerca da situação.

Neste sentido, Roland (2003) alicerça o facto de que quando contamos a nossa história, ao revivermos o passado e no estabelecimento de uma relação discursiva com o interlocutor, filtrando e seleccionando o que irá ser dito ao mesmo, estamos num processo de construção do mundo e de (re)construção da identidade e de reafirmação da presença de cada um no mundo. Neste aspeto, é importante focar a questão da alteridade, ou seja, salientar a importância da presença do outro/interlocutor, como agente regulador da experiência própria de cada um, relativamente ao que é contado, o porquê de seleccionar determinados acontecimentos a contar, a forma como são contados, entre outros aspetos.

Através do recurso às histórias de vida solicitamos aos elementos em estudo que contassem e descrevessem a sua história pessoal, tendo como ponto central o momento da ocorrência do episódio vascular. Assim, de uma forma oral e mais espontânea os sujeitos que fizeram parte do grupo estudado foram instigados a partilhar as suas experiências de vida, sendo que a narrativa dos mesmos foi centralizada a partir da altura em que houve a especificação dos objetivos de estudo pelos investigadores (Pereira, 2002).

## **2. Grupos estudados**

Para a elaboração do presente estudo pretendemos estudar pessoas acometidas por AVC, sendo esta uma patologia que é uma das principais causas

de incapacidade na população, afetando significativamente a condição física, emocional e social (Mulder & Hochstenbach, 2001).

A opção por esta patologia prendeu-se com o facto de, tal como refere o Prof. Doutor José Castro Lopes, Presidente da Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, *“O AVC continua, pois, a ser a principal causa de morte e incapacidade permanente no nosso país. Por hora, três portugueses são vítimas de um AVC”* (Lopes, 2017).

Posto isto, pelo que aqui foi referido, julgamos ser esta uma patologia que, atualmente, acarreta, tal como vem sendo referido no presente trabalho de investigação, inúmeras alterações do tecido social, laboral, familiar, bem como sequelas de várias ordens da própria pessoa acometida pelo AVC.

Assim, julgamos pertinente dar voz a quem viu o curso da sua vida ser alterado na sequência deste evento, tendo sido acometido por sequelas motoras, sensoriais, cognitivas, percetivas, entre outras, numa tentativa de perceber de que modo é que este evento as afetou, quais são as memórias que mantém preservadas do seu corpo são e quais as suas expectativas para o futuro, tendo por base o tempo presente (tempo da doença).

Além deste facto, esta é a patologia mais comumente atendida na prática profissional diária da investigadora, pelo que, julgamos ser esta uma mais-valia, na medida em que o contacto, no decorrer dos vários anos de trabalho com esta população lhe possibilitou a aquisição e o captar de diversas vivências e experiências transmitidas pelas pessoas acometidas por AVC, em diferentes estadios, tempos e espaços.

Tendo por base o objetivo do presente trabalho de investigação, estabelecer histórias de vida de pessoas acometidas por um processo patológico, comparando-se o seu corpo atual doente, com as memórias preservadas do seu corpo são, consideramos ser um fator de exclusão as sequelas ao nível da linguagem, quer compreensiva, quer expressiva, bem como, do foro cognitivo e mnésico, pela impossibilidade de aceder e/ou transmitir a informação que consideramos ser importante recolher.

Relativamente ao tipo de AVC (isquémico ou hemorrágico), não nos pareceu ser um fator limitativo de realização do estudo, pelo que, foram incluídos casos de ambos os tipos.

Consideramos que seria importante a inclusão de elementos de ambos os sexos, numa tentativa de perceber o modo como os AVC e as suas sequelas interferem como os papéis assumidos por cada um dos elementos, quer atualmente, quer previamente ao AVC.

Não estabelecemos limite etário, dado que, consideramos importante perceber o modo como o AVC e as suas sequelas interferem com as diferentes fases e faixas etárias.

Desta forma, neste estudo foram incluídas pessoas de ambos os sexos, sem intervalo de idade definido, acometidas por AVC.

Como critérios de exclusão foi estabelecido que não seriam integrados no estudo pessoas com qualquer condição que impedisse o consentimento livre e informado e/ou a participação no estudo do indivíduo.

Tendo em conta os critérios definidos, o grupo estudado foi constituído por 5 elementos do sexo masculino e 5 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 53 e os 79 anos.

De forma a termos um conhecimento global acerca dos elementos que foram selecionados para participar no estudo apresentamos em seguida um quadro onde se descreve os principais dados sociodemográficos das pessoas participantes no estudo.

Quadro 1. Grupo estudado

Ent.	Sexo	Idade	Idade AVC	Tipo AVC	Profissão	Atividade Física Pré-AVC	Exercício Físico Pré-AVC	Atividade Física Pós-AVC	Exercício Físico Pós-AVC
1	Feminino	59	1º - 35 2º - 42 3º - 55	1º - Isquêmico 2º - Isquêmico 3º - Hemorrágico	Cozinheira	Ativa fisicamente	Não	Ativa fisicamente	Não
2	Masculino	64	61	Isquêmico	Empresário	Ativo fisicamente	Não	Ativo fisicamente	Sim (Artes Marciais)
3	Feminino	58	56	Isquêmico	Cabeleireira	Ativa fisicamente	Não	Ativa fisicamente	Não
4	Feminino	53	45	Isquêmico	Operária fabril	Ativa fisicamente	Não	Ativa fisicamente	Não
5	Feminino	64	62	Isquêmico	Doméstica	Ativa fisicamente	Não	Ativa fisicamente	Caminhadas Hidroterapia (sazonalmente)
6	Masculino	64	57	Isquêmico	Trabalhava restaurante	Ativa fisicamente	Caçador Passeios de bicicleta	Ativa fisicamente	Não
7	Masculino	63	1º - 62 2º (após 10 dias) - 62	1º - Isquêmico 2º - Isquêmico	Comercial	Ativo fisicamente	Hidroginástica	Ativo fisicamente	Caminhadas Jardinagem
8	Masculino	72	1º - 65 2º - 71 3º(após 15 dias) - 71	1º - Isquêmico 2º - Isquêmico 3º - Isquêmico	Operário fabril	Ativo fisicamente	Caminhadas	Ativo fisicamente	Não (receio família)
9	Feminino	71	71	Hemorrágico	Doméstica	Ativa fisicamente	Não	Ativa fisicamente	Não
10	Masculino	79	79	Isquêmico	Camionista	Ativo fisicamente	Não	Ativo fisicamente	Não



### 3. Processo de recolha de dados

Foi nossa pretensão conhecer e aprofundar a perspetiva de pessoas acometidas por AVC comparando-se o seu corpo atual doente, com as memórias preservadas do seu corpo são.

Neste sentido foi nosso intento estabelecer as histórias de vidas destas pessoas recorrendo à técnica de entrevista e à elaboração de um diário de campo, no sentido de recolher o máximo de informação pertinente que nos possibilitasse atingir o objetivo a que nos propusemos.

Assim, neste estudo de investigação, tentamos maximizar os recursos disponíveis que fornecessem a informação mais importante no sentido de aprofundar e compreender ao máximo o modo como o evento patológico e as sequelas resultantes do mesmo, interferiram como seu corpo e com as memórias ainda preservadas do seu corpo são, prévio ao AVC.

O presente trabalho de investigação transcorreu durante o período de janeiro de 2013 até setembro de 2017.

No decorrer da prossecução deste trabalho de investigação houve um contínuo deslindar de dados e factos, que levaram a uma alteração do olhar e da focalização do mesmo em determinados aspetos e dimensões que inicialmente não estavam previstas.

Para a realização desta investigação foram estabelecidos contatos com pessoas acometidas por AVC que foram acompanhadas pela investigadora quer no internamento na Unidade de Cuidados Continuados Integrados, quer em consulta externa, assim como foi também solicitada colaboração a outros colegas (terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, terapeutas da fala) que trabalham na mesma Instituição que a investigadora, no sentido de identificar pessoas que cumprissem os critérios de inclusão definidos e que se encontrassem disponíveis para participar.

Da experiência dos investigadores e do estudo prévio efetuado, foram isolados os seguintes temas: corpo, saúde *versus* doença, atividade/exercício físico na recuperação do AVC. Estes foram os temas principais que regeram a

realização das entrevistas, bem como, pautaram os dados recolhidos através do diário de campo.

Posto isto, esta fase de investigação pautou-se por um contínuo fluir entre os dados recolhidos no contacto com as pessoas investigadas e a teoria, sendo que, o estar em campo levantou, por vezes questões e aspetos que se foram revelando importantes e que foram sendo incluídos no decorrer da investigação.

### **3.1 A entrevista**

Na ótica de Patton (1990), entrevistar possibilita o conhecimento além daquilo que é passível de ser observado, na medida em que há aspetos que não são possíveis de ser observados, tal como pensamentos e sentimentos, sendo importante questionar as pessoas relativamente ao modo como organizam os sentidos e o modo como associam o que acontece no mundo. Segundo este autor, é importante conhecer-se a perspetiva dos indivíduos acerca de determinado aspeto, no sentido de a mesma poder ser entendida e explicitada.

Dado que o objetivo de realização da entrevista tendencialmente aberta pretende ser o entendimento mais aprofundado daquilo que desejámos estudar é primordial o estabelecimento de uma relação empática e securizante entre o entrevistador e os entrevistados, ou seja, é importante que os investigadores sejam capazes de assumir o papel das pessoas entrevistadas e sejam sensíveis à sua situação e aos seus pontos de vista, na medida em que este facto possibilitará uma maior abertura por parte das pessoas estudadas e “abrirá portas” a uma recolha de dados mais profunda relativamente ao que os investigadores pretendem estudar (Denzin & Lincoln, 2000).

Neste sentido, na medida em que a entrevista se trata de um processo de interação social, a sua realização, tendo por base um determinado grau de liberdade, quer por parte de quem pergunta, como da parte de quem responde, possibilita que seja conseguida um nível de profundidade inerente à recolha de dados. Esta liberdade está patente na possibilidade de que as perguntas, mesmo que tenham sido antecipadamente delineadas num guião, possam ser ajustadas no decorrer da sua realização, promovendo uma adequada compreensão da

mesma e alcançar-se o nível de aprofundamento que é o expectável pelo desenvolvimento da realização da investigação (Good e Hatt, 1979).

Relativamente à sua estrutura, o entrevistador introduz o tema e o entrevistado tem liberdade para falar acerca do assunto apresentado, sendo esta uma forma de explorar o mais possível a temática em estudo, não possuindo assim, um guião pré-determinado. As perguntas serão respondidas dentro de uma conversa informal e a interferência do entrevistador deve ser a mínima possível, devendo este assumir uma postura de ouvinte e, apenas em caso de extrema necessidade ou para evitar o término precoce da entrevista, pode interromper o entrevistado. A partir das suas participações, o entrevistador irá formulando questões ou tecendo comentários de forma a ver esclarecido ou aprofundar determinado aspeto, no entanto, a direção da conversação e os tópicos a ser abordados são escolha espontânea do entrevistado (Denzin & Lincoln, 2000).

No caso do presente estudo a recolha de dados contemplou a realização de entrevistas de cariz tendencialmente aberto, sendo esta técnica muito utilizada no aprofundamento de aspetos e conceitos relacionados com a investigação que se pretendeu realizar (Denzin & Lincoln, 2000; Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 2005; Minayo, 1994).

Com o recurso a esta ferramenta para recolha de dados os investigadores pretenderam alcançar o que não é visto, o que não é percecionado, tal como refere Pais (1996, p.82), *“a função da entrevista é chegar ao ‘não visto’ ou, melhor dizendo, somente ‘entrevisto’”*.

Neste sentido, Quivy e Campenhoud (1998, p.195-5) defendem a utilização desta técnica quando os objetivos da investigação a realizar pretendem *“a análise do sentido que os actores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais de veem confrontados: os seus sistemas de valores, as suas referências normativas, as suas interpretações de situações conflituosas ou não, as leituras que fazem das suas próprias experiencias, etc.”*.

Desta feita, julgamos ver justificada a opção pelo recurso a esta técnica de recolha de dados, que é corroborado pelo facto de apresentar como vantagem a possibilidade da recolha de testemunhos e interpretações dos entrevistados,

vendo respeitados os seus próprios quadros de referência, bem como, a sua linguagem e categorias mentais (Quivy e Campenhoud, 1998).

### **Condições de realização das entrevistas**

A temática da realização da entrevista surgiu a partir do quadro teórico que foi sendo elaborado que julgamos conter os aspetos mais relevantes para a prossecução do presente trabalho de investigação.

O grupo de elementos entrevistados foi-se configurando no decorrer da realização do estudo, da aplicação das entrevistas e da recolha de dados efetivada pelo diário de campo, dado que, uma das características de estudos deste âmbito, passa pelo não estabelecimento prévio do número de pessoas a ser entrevistadas. A principal preocupação aquando da seleção dos elementos a integrar o estudo prendeu-se com o fato destes espelharem as principais dimensões que pretendemos estudar, tendo em consideração que algumas delas possam estar em contínua construção (Fontanella, Ricas & Turato, 2008;)

Em estudos deste âmbito é frequente o recurso à amostragem por saturação, sendo esta ferramenta conceptual operacionalizada através da suspensão da inclusão de novos participantes, quando os investigadores assumem que os dados obtidos apresentam uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado importante perseverar na recolha de dados (Fontanella, Ricas & Turato, 2008; Falqueto & Farias, 2016).

Neste sentido, como referem Fontanella, Ricas & Turato (2008, p.17): *“as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados.”*

Desta forma, julgamos ver justificada a aplicação das entrevistas a um total de 10 elementos, dado que, com o decurso da realização entrevistas percecionamos que os discursos dos elementos entrevistados se iam tornando cada vez mais estáveis, ou seja, iam apresentado estabilidade narrativa e se

ratificavam entre si, pelo que entendemos que já seriam as suficientes e necessárias para a recolha de dados necessária ao que nos propomos estudar.

Gostaríamos de acrescentar que todas as pessoas entrevistadas cumpriram os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, e que a realização das mesmas decorreu no período compreendido entre os meses de março e agosto de 2017.

A duração das entrevistas compreendeu entre, aproximadamente, os 11 e os 39 minutos, tendo sido gravadas com gravador de voz, após leitura e assinatura de consentimento informado, livre e esclarecido. É de salientar que cada entrevista só se iniciou após a necessária autorização para a gravação áudio da mesma, podendo o entrevistado a qualquer momento interromper a conversa e, se assim desejasse, apagar o registo.

A entrevista iniciou-se por uma conversa informal na qual foram explicitados os objetivos do estudo de investigação, assim como foi lido e assinado o consentimento informado, livre e esclarecido. Posteriormente, procedeu-se ao levantamento de alguns dados relevantes relativos à idade, diagnóstico principal e secundário, se integraram Unidade de Cuidados Continuados Integrados e respetiva tipologia, bem como, relacionados com a realização de atividade/exercício físico prévio ao AVC e na fase posterior.

As entrevistas, na sua maioria, foram realizadas no domicílio dos entrevistados, local que proporcionou um maior conforto e segurança ao entrevistado e que reuniu as condições necessárias à realização das mesmas, ao nível de privacidade, sem interferências externas, quer ao nível de ruído, assim como de outras pessoas que não estavam relacionadas com a presente pesquisa

### **3.2 Diário de campo**

Outra das ferramentas utilizada para a coleta de dados foi o diário de campo, que se trata de um instrumento utilizado pelos investigadores para registar/anotar os dados recolhidos suscetíveis de serem interpretados (Patton, 2002).

O diário de campo foi utilizado, não só como auxílio na tarefa anterior, anotando-se as impressões obtidas após cada entrevista, mas também como uma oportunidade de complementação dos discursos, a fim de encontrar uma possível relação de semelhança entre os significados dos discursos e as representações que os investigadores terão das situações observadas (Santiago, 1999).

No diário de campo os investigadores relataram o que observaram que consideraram importante para a investigação realizada, precedendo também à descrição do que as pessoas disseram da forma o mais aproximada possível do modo como foi referido pelas mesmas (Patton, 2002).

#### **4. Processo de tratamento e interpretação dos dados**

A interpretação dos dados recolhidos foi efetuada a partir do método de análise do discurso. A partir de uma escuta exhaustiva, selecionamos, descrevemos e interpretamos os discursos dos participantes do estudo, tendo tomado por base, desde o início, que a descrição e a interpretação coexistem e interagem durante todo o processo, pois na própria descrição está contida a interpretação (Santiago, 1999).

Este método caracteriza-se pela análise dos processos de construção de sentidos em vez do produto do fenómeno linguístico diferenciando-se, desta forma, dos métodos utilizados pela linguística tradicional (Orlandi, 1988).

Com recurso aos discursos dos entrevistados procuramos construir um referencial para análise e interpretação através dos diferentes percursos de vida, das influências que receberam dos diferentes grupos e contextos nos quais os participantes no estudo já se inseriram ou ainda se inserem. Na perspetiva de Orlandi (1988), os percursos de vida das pessoas evocam sentidos e estes possuem história, sendo a vida quotidiana a objetivação dos valores e conhecimentos da pessoa dentro de uma circunstância.

Os discursos são exterioridades que fornecem pistas do imaginário constitutivo da pessoa em relação a uma realidade, pelo que, com recurso a este método pretendeu-se compreender o significado que as pessoas atribuem à sua

fala considerando que esta sofre alterações de tempo, espaço e é influenciada pelas relações sociais, sendo este o cerne da análise do discurso (Orlandi, 1988).

O recurso a esta metodologia de interpretação dos dados não pretendeu ser uma aferição do verdadeiro ou falso, mas com a sua utilização pretendemos procurar pistas relativamente aos significados patentes nos discursos das pessoas entrevistadas em relação ao confronto entre o corpo doente e as memórias do corpo são, conhecendo a perspetiva do “eu” em diferentes momentos da vida.

Desta feita, tentamos compreender o significado que o sujeito dá à sua fala, levando em consideração que esta sofre variações de tempo, espaço e relações sociais, segundo Orlandi (1988), este é o cerne desta metodologia.

Poder-se-á dizer que este estudo seguiu o veio da análise de tipo heurístico, indo a autora ao encontro das categorias existentes nos discursos dos entrevistados, e não de tipo confirmatório, onde há o pré-estabelecimento das referidas categorias.





**Campo Teórico de Análise**

---



## 1. Corpo

*O que fazer com este corpo?  
Onde deve ser enterrado? Ou deverá ser cremado?  
Que signo lembrará a sua morte?*

*Quem conhece este corpo?  
Que nome tinha, como era o rosto, quais  
como sua voz?*

*De onde vem este corpo?  
Onde morava, com quem vivia, teria filhos,  
quem são seus pais?*

*O que fazia este corpo?  
Com que lutava, o que comia, a quem amava,  
com quem dormia?*

*De quem é este corpo?  
De algum vizinho, de algum parente,  
de alguém distante, talvez o meu?*

(Ronaldo Monte)

### 1.1 Contextualização

A temática do corpo tem perpassado e acompanhado a história das culturas, civilizações, religiões e filosofias, sendo um tema central nas ciências humanas contemporâneas considerado, na ótica de Vaz (1993), um dos polos organizadores do imaginário social das sociedades, refletindo problemas, anseios ideais, princípios e valores da Vida e do Homem, vigentes em cada época (Bento, 2009).

Desde os primórdios até à atualidade, o Homem não cessou de mostrar insatisfação com o seu corpo, com a sua forma, fiabilidade e plasticidade. A vida e identidade humana sempre se caracterizaram pela corporeidade (Bento, 2009).

Neste sentido, o corpo próprio, ou em termos filosóficos, a categoria da corporalidade, não pode ser considerado um problema apenas para a Antropologia Filosófica, sendo, no entanto, o seu ponto de partida, uma vez que, a auto compreensão do Homem encontra o seu núcleo germinal na compreensão da sua condição corporal (Turner, 1994; Vaz, 1993). Neste sentido, as reflexões culturais atuais sobre a temática do corpo situaram-se nomeadamente no campo filosófico e antropológico (Heras, 1994).

Segundo Turner (1997), o estudo do corpo é de genuíno interesse sociológico, na medida em que o corpo é a característica mais próxima e imediata do eu social e da identidade pessoal de cada indivíduo. Neste sentido, segundo o mesmo autor, o corpo deve ser tido em consideração, como um dos problemas centrais da teoria social contemporânea (Heras, 1994).

Em jeito de contextualização, a filosofia ocidental vem convivendo, há mais de vinte e cinco séculos, com a diferença entre a razão e a imaginação, entre o corpo e espírito (Sérgio, 2004). E para uma total compreensão do corpo próprio importa aqui referir a distinção, no Homem, do corpo enquanto substância material (totalidade física) e como organismo (totalidade biológica) e o corpo como corpo próprio (totalidade intencional), sendo que, neste aspeto, o corpo pode ser assumido na autoexpressão do sujeito, podendo-se falar de um Eu corporal, o que não é o caso do corpo físico e do biológico (Vaz, 1993).

Neste sentido, nas duas primeiras referências, o Homem é simplesmente o seu corpo físico e biológico, “simples” matéria, tal como os animais. Em relação ao corpo próprio é capaz de lhe fornecer uma intencionalidade que transcende o nível físico e biológico. Assim, segundo Vaz (1993), partindo da distinção entre o ser e o ter corpo que o corpo é, para o Homem, um “corpo vivido”, não no sentido da vida biológica, mas da vida intencional.

Podemos aqui referir as palavras de Patrício e Sebastião (2004, p. 68), quando referem que: *“viver não é difícil. O povo diz: “Viver não custa. Mas nós já vimos que uma coisa é viver e outra é existir.”* Segundo estes autores, viver trata-se de um acontecimento biológico e existir toma a dimensão metafísica e religiosa.

Assim, o que constitui o facto mais imediato e abrangente da consciência não é o pensamento, mas o fazer parte de tudo o que vive, dado que, o próprio Homem é também natureza humanizada, não tendo apenas corpo, mas é corpo, existência corpórea (Borges, 2003).

Pelo corpo o Homem está presente no mundo e vive no seu corpo como sujeito corpóreo, corpo-sujeito, corpo próprio e matéria pessoal, o corpo é o “eu” próprio voltado para os outros (Borges, 2003; Vaz, 1993).

De facto, o corpo quando encarna o homem é a marca do indivíduo, a fronteira, o limite que, de alguma forma, o distingue dos outros. Na medida em que se ampliam os laços sociais e a teia simbólica, provedora de significações e valores, o corpo é o traço mais visível do indivíduo. Le Breton (1953), tomando por base Durkheim, defende que o corpo é um fator de "individualização".

Dado que a crise da legitimidade torna incerta a relação com o mundo, o Homem procura, empenhar-se em produzir um sentimento de identidade mais favorável, dando atenção redobrada ao corpo, uma vez que o corpo é lugar da diferenciação individual, supõe-se que possua a prerrogativa da possível reconciliação. Procura o segredo perdido do corpo, numa tentativa de o tornar não um lugar da exclusão, mas o da inclusão e da união. Segundo Le Breton (1953), este é um dos imaginários sociais mais férteis da modernidade.

Várias correntes defendem que o corpo trata de uma realidade cultural e socialmente construída e que a sua construção está dependente de estímulos provenientes do exterior. Assim, os fatores biológicos que o compõem passam para segundo plano, frente à ação imposta pela sociedade, nomeadamente pelo desenvolvimento da medicina, entre outros aspetos, que modificam e recriam a realidade biológica (Salinas, 1994). O corpo é considerado um produto cultural,

moldado por diferentes valores, crenças e cânones estéticos que vigoram na mesma (Heras, 1994).

A este respeito Le Breton (1953) acrescenta que modelado pelo contexto social e cultural em que o Homem se insere, o corpo é o vetor semântico pelo qual a evidência da relação com o mundo é construída, e antes de qualquer coisa a existência é corporal. O mesmo autor, tomando por base Marx, refere que o corpo não é pensado somente do ponto de vista biológico, mas como uma forma moldada pela interação social. Corpo humano enquanto manifestação da existência e não apenas da vida. O corpo é também um produto cultural.

Neste sentido, a passagem progressiva da questionável antropologia física, que deduz do aspeto morfológico as qualidades do Homem, para a consciência de que o Homem constrói socialmente seu corpo, estabelece o primeiro marco da sociologia do corpo: o Homem não é o produto do corpo, produz ele mesmo as qualidades do corpo na interação com os outros e na imersão no campo simbólico, assim, a corporeidade é socialmente construída (Le Breton, 1953).

A este respeito importa focar as seguintes palavras de Entralgo (2003, p. 31): *“Somos tão irremediavelmente filhos do nosso tempo, que a nossa primeira imagem do corpo não é a que na realidade é mais imediata, a fenomenológica, mas a mediada por um conjunto enorme de explicações científicas. A nossa “atitude natural” perante o corpo é menos ingénua, encontra-se repleta de hipóteses e de teorias de todo o tipo, científicas e filosóficas, que todos tendemos a considerar como factos reais e indiscutíveis.”*

O corpo é o meio pelo qual temos a possibilidade de tantas experiências advindas das interações sociais e, desta forma, faz parte do projeto reflexivo que compõe os diferentes modos de ser e estar no movimento da vida. Assim, o corpo é tido como o primeiro e mais natural instrumento do Homem, sendo este o modo pelo qual comunica e é capaz de adaptar-se constantemente aos objetos, situações condicionadas e condicionantes da sociedade na qual se insere (Santiago, 1999). A este respeito, Le Breton (1953) acrescenta que, assumindo o papel de emissor ou recetor, o corpo produz sentidos

continuamente e assim insere o Homem, de forma ativa, no interior de dado espaço social e cultural.

No entanto, não pode ser esquecido que os corpos são tomados e transformados em resultado da vida em sociedade, permanecendo como entidades materiais, físicas e biológicas (Shilling, 1993).

Desta feita, enquanto seres humanos somos entidades corpóreas, ou seja, todos possuímos um corpo. No entanto, o corpo não é apenas algo puramente físico que nos limitemos a ter separadamente da sociedade, na medida em que, segundo Anthony Giddens (2009, p. 146) *“Os nossos corpos são profundamente afectados pelas nossas experiências sociais, bem como pelas normas e valores dos grupos a que pertencemos.”*

Assim, o corpo não é estritamente biológico, mas biológico e cultural, dado que encerra em si a sociedade e o tempo nos quais se formou e viveu. Sendo através da socialização que o ser humano interioriza os padrões culturais que após integrados passarão a reger o seu comportamento, quer a nível cultural como biológico, dado que o Homem é biologicamente um ser social, diríamos mesmo um ser cultural, que vai para além do se social, e inserido num tempo histórico (Jana, 1995).

Segundo Le Breton (1953), as representações do corpo são representações da pessoa, que é muito mais do que o corpo *per se*. O corpo parece explicar-se a si mesmo, mas nada é mais enganoso. O corpo é socialmente construído, tanto nas suas ações sobre a cena social, quanto nas teorias que explicam seu funcionamento ou nas relações que mantém com o Homem que encarna. A caracterização do corpo, longe de reunir consenso nas sociedades humanas, mostra-se surpreendentemente difícil e levanta várias questões epistemológicas. O mesmo autor refere que o corpo é uma falsa evidência, não é um dado inequívoco, mas o efeito de uma elaboração social e cultural, o que mostra que o homem não é simplesmente o seu corpo.

Assim, ainda segundo Le Breton (1953), a designação do corpo e a definição dos constituintes da carne do indivíduo, quando estas são possíveis,

traduzem um fato do imaginário social que, de uma sociedade para outra, apresentam uma variabilidade infinita.

## **1.2 Corpo na atualidade**

O corpo não é um dado imutável, revela-se na sua historicidade, sendo o resultado de um longo processo de elaboração social e por esta ordem de ideias, as práticas que se operam no corpo não podem ser compreendidas como realidades simples e homogêneas, mas num contexto de múltiplos elementos económicos, políticos e culturais (Crespo, 1990).

Reportando a temática do corpo para o presente, importa referir que a sociedade atual se caracteriza pela mudança e pela rutura com o passado e com as formas de viver anteriores, pelo que as formas de viver “tradicionais” perdem as suas raízes e caminham para a finitude. Qualquer que seja a denominação que se atribuam ao contexto social emergente, este caracteriza-se pelo fenómeno da mutação em que o ritmo desenfreado provoca alteração de práticas sociais e dos comportamentos e modos de agir preexistentes (Alves, 1999).

Desta feita, recebemos da sociedade em que estamos inseridos constantes mensagens que nos dizem com o intuito de consumo, enriquecimento, diversão, dado que, o próprio funcionamento do sistema económico existente proporciona esta liberdade sem precedentes, que é cultivada sob a forma de mobilidade física e prosperidade material, assente no incentivo para que as pessoas ultrapassem os seus limites (Sontag, 1998).

A história do corpo no século XX caracteriza-se por uma intervenção cada vez maior da medicina, uma medicalização da vida, que envolve os acontecimentos mais banais da vida, alargando os prazos e desmultiplicando as possibilidades. Reportando-nos aos dois primeiros terços deste século, a medicina, fortificada pelos seus triunfos ao nível da exploração do corpo e de prolongamento da vida, pareceu estar a caminho do encabeçamento de um



monopólio da gestão do corpo e da revelação dos seus segredos, tendo o conhecimento médico infiltrando-se no imaginário público e o corpo profundamente remodelado pela medicina (Corbin, Courtine & Vigarello, 2013).

Nunca como nos nossos dias o ter saúde adquiriu um estatuto de paradigma universal e se tornou como que um mandamento, uma utopia (Luz, 2003).

Tendo por base inúmeros estudos reforçados por dados fornecidos pela OMS a inatividade física e a obesidade são consideradas como duas das maiores ameaças à saúde pública do século XXI, pelo que, a atividade física é considerada importante para combater a doença e garantir a saúde, sendo aconselhada a sua execução para a generalidade da população (Bento, 2006; Mota, 1998).

Pela sua prática, é possível desenvolver-se a capacidade cardiovascular, assim como dos outros sistemas orgânicos, bem como a melhoria de algumas capacidades motoras, também importantes e transferíveis para o desempenho das atividades quotidianas (Mota, 1998).

Pelo que, a realização de atividade física deve promover a melhoria da capacidade física, diminuindo os efeitos deletérios resultantes do envelhecimento, fomentando o contacto social dos indivíduos promovendo a diminuição de problemas psicológicos, tal como a ansiedade e a depressão, muito comuns neste escalão etário, assim como, nas pessoas acometidas por patologia (Mota, 1999).

Neste sentido, a diminuição de pelo menos uma das sintomatologias relacionada com um qualquer tipo de doença está positivamente associada ao bem-estar e à qualidade de vidas das pessoas (Spirduso, 1995).

A prática de atividade física, assim como os valores que lhe estão associados traduzem um conjunto de preocupações mais profundas ao nível da vivência corporal e expressão do sujeito enquanto indivíduo. A forma como é promovida a alteração corporal, o modo como são desenvolvidos um conjunto de simbolismos e protagonizados determinados gestos podem ser considerados

consequências de um desejo mais profundo de desenvolvimento e alteração da própria identidade (Mota, 2001).

Nesta linha de pensamento, o corpo passa a ser também uma forma de representação social, na medida em que a realização de atividade física permite alcançar este objetivo. Assim, não basta ser-se saudável, há que o parecer, sendo passível de constatar-se a associação entre saúde e aspeto físico, tratando-se assim, segundo Mota (2001), de uma nova “moral do corpo”.

Posto isto, a atividade física é sugerida como uma das formas de compensar os efeitos nocivos do modo de vida da sociedade contemporânea, assim como, não pode também descurar-se a importância da prática de atividade física como fator de integração social, nomeadamente no caso dos mais velhos, ou ainda dos que padecem de alguma patologia ou processo patológico (Mota, 2001).

Desta feita, são inúmeras as evidências que reportam a ligação indireta entre a realização de atividade física e a qualidade de vida, assim como o bem-estar, nomeadamente pela redução de sintomas depressivos e de ansiedade e a uma melhoria da autoestima e da autoeficácia (Mota, 1998).

Não pode ser também negligenciada a distinção entre a compreensão do sentimento de bem-estar e de qualidade de vida quando é efetuado a comparação entre sujeitos acometidos por alguma patologia ou morbilidade e aqueles que não padecem destas condições, sendo certo que a diminuição ou mesmo a perda da capacidade funcional leva a uma incapacidade de realização das atividades do quotidiano (Mota, 1998).

Neste âmbito, o entendimento da qualidade de vida relacionado com a saúde poderá ser encarado como aqueles atributos que são tidos como importantes pelos indivíduos, resultando em conforto ou num entendimento de bem-estar, sendo estes promotores da manutenção de uma adequada função física, intelectual e emocional, assim como, pelo qual são capazes de manter a capacidade de participação em atividades em família, laborais e na comunidade (Mota, 1998).

Noutra vertente, de forma a ser dadas respostas ao florescer do culto do corpo, tal como já referido, uma das componentes mais importantes da sociedade contemporânea, torna-se importante gerir o equilíbrio da sua vertente associada aos padrões de qualidade de vida, saúde e bem-estar, sendo importante salientar que, decorrente dos modelos vigentes na sociedade atual se basearem no trabalho, muitos indivíduos não sabem usufruir adequadamente do seu tempo livre (Mota, 2001).

Neste sentido importa aqui referir a importância que a sociedade contemporânea coloca na promoção do culto do corpo e na enfatização a prática de atividade física e desportiva, que possui um efeito benéfico nas diferentes dimensões do indivíduo, quer a nível biológico, comportamental social entre outras. Estes aspetos não podem ser dissociados do conceito de saúde, assim como da promoção de uma melhor qualidade de vida e a um melhor bem-estar, nomeadamente no caso dos indivíduos acometidos por alguma doença ou processo patológico (Mota, 1999; Mota, 2001).

As mudanças ocorridas nas últimas décadas do século XX acarretaram marcas indeléveis na cultura ocidental, ressaltando a emergência do corpo que assumiu um elevado estatuto e adquiriu uma imprevisível omnipresença (Ribeiro, 2003).

As alterações acentuadas que se fizeram sentir a vários níveis, nomeadamente social, económico, científico e tecnológico, marcaram de forma ímpar a sociedade contemporânea. Neste contexto, como temos vindo a referir, é importante também focar a valorização atribuída ao corpo por várias vertentes: da ciência à filosofia, da arte ao desporto, e a temática do corpo é referenciada numa variedade de discursos, nos quais a linguagem corporal assume-se como uma forma de expressão e se torna um veículo de comunicação e interação social. Assim, há também quem seja da opinião que se tem vindo a cair num exagero e várias “vozes”, tal como referido por Lacerda (2016), chamam a atenção para o conceito de sociedades somatófilas, nas quais o corpo é cultivado de um modo exacerbado (Lacerda, 2016).

A crise de significação e de valores que atravessa a modernidade, a procura incansável por novas legitimidades, a permanência do provisório transformando-se em definitivo, são, entre outros fatores, os que contribuíram logicamente para comprovar o enraizamento físico da condição de cada indivíduo. O corpo, lugar do contacto privilegiado com o mundo, está em lugar central nesta sociedade (Le Breton, 1953).

Este movimento de emergência do corpo irrompeu de um modo imparável nas décadas de 60 e 70, com a reivindicação do direito do uso livre do corpo pelos indivíduos. O final da década de 60 caracterizou-se pela crise da legitimidade das modalidades físicas, o feminismo levou a uma ampliação da relação do homem com os outros e com o mundo, a "revolução sexual", a expressão corporal, o *body-art*, a crítica do desporto, a emergência de novas terapias. Nesta altura um novo imaginário do corpo, luxuriante, invade a sociedade e nenhum escalão social sai ileso das reivindicações que se desenvolvem na crítica da condição corporal dos seus elementos integradores (Le Breton, 1953).

Nas décadas seguintes, 80 e 90, houve a consciencialização de que o corpo se trata da face visível da própria pessoa, que com ele subjetivamente se identifica e que por ele se representa no contexto social. Assim, para os homens e mulheres dos nossos dias, o corpo próprio já não é apenas o instrumento de trabalho, em muitas situações, humilhado e explorado, assume também a forma de um objeto aos quais são providos cuidados estéticos para exposição pública. O corpo pós-moderno passou do mundo dos objetos para o domínio do sujeito, assumido e cultivado como um eu-carne, digno de reconhecimento e de glorificação e mesmo objeto-sujeito de culto (Ribeiro, 2003).

No início do século XXI cada vez mais se assiste a grandes alterações de costumes e à consagração de valores ligados à beleza, prazer e juventude, no quadro de uma estética quase ditatorial sem precedentes no passado, que humilha e causa inquietação àqueles que não se submetem aos seus critérios. A beleza implica saúde e o ser "*fit*" e estar em forma quase que causa

sentimentos de culpa, neste momento atual dominado pela “cultura *light*” (Crespo, 2016).

No contexto desta sociedade do século XXI, na qual impera o imago centrismo, a imagem do corpo, nomeadamente o corpo desportivo, adquiriu um protagonismo nunca antes visto, consagrando-se o corpo limpo, plano, lustroso, jovem, saudável, sedutor, num imaginário que exerce uma atração de tal ordem que, os indivíduos a qualquer preço procuram aproximar os seus corpos deste estereótipo que vem sendo tão amplamente difundido (Lacerda, 2016).

Assim, atualmente o corpo é objeto de investimento com o objetivo de assegurar um bom desempenho ao nível das funções que lhe são atribuídas. No entanto, embora se verifique a existência de invariantes funcionais, a definição, em última instância, das funções corporais depende dos contextos culturais, pelo que, reforçando o que já foi dito, assiste-se no presente a um sobre investimento no corpo, sendo que, as pessoas cuidam mais afincadamente dos seus corpos, para que este lhes devolva mais satisfação corporal e, por outro lado, a diversificação das funções corporais obriga às pessoas a multiplicar as práticas corporais (Ribeiro, 2003).

Posto isto, no centro desta sociedade, o corpo surge como um dos protagonistas que se apresenta como a dimensão valorizada do indivíduo e, inclusivamente, o modo como cada um de nós se insere em sociedade é tributário de uma imagem social associada à aparência física de cada um, pelo que, se assiste ao enaltecimento do corpo que se assume como um verdadeiro culto (Alves, 1999).

Assim, os novos valores de beleza, felicidade ou juventude relacionam-se com um corpo que se transformou num objeto de cuidados extremos e o projeto de libertação do corpo está continuamente presente e exprime-se numa dinâmica multifacetada que atinge a totalidade de relações sociais que se estabelecem (Crespo, 1990).

Neste sentido, na conjuntura pós-moderna, cada vez mais pessoas investem no corpo, na expectativa de aumentar o poder de estimulação social,

assistindo-se a um controle sem precedentes sobre o corpo e tudo o que o envolve, estando perante uma imensidão de práticas corporais em prol de um ideal ao qual se aspira, pois só assim se acredita poder alcançar qualquer relevância social (Alves, 1999). Segundo Shilling (1993), o corpo tornou-se parte do projeto do *self*, no qual os indivíduos expressam as suas próprias necessidades emocionais através da construção dos seus próprios corpos.

Decorrente da tomada de consciência desta complexa emergência do corpo, urge a necessidade de clarificar o lugar que ele sempre ocupou na vida das pessoas e, sobretudo, identificar e definir os novos papéis que desempenha nos dias de hoje, assim como as pressões que suporta. Neste sentido, a temática do corpo tornou-se um objeto de estudo privilegiado, não apenas na perspectiva tradicional das ciências da natureza, mesmo enriquecida pelo campo da genética ou na neurobiologia.

Na sequência dos progressos que se verificam em diferentes áreas, nomeadamente, área médica, genética, desportiva, o corpo tornou-se uma “matéria-prima” passível de ser alterada e reconstruída. Shilling (1993), tomando por base Connel (1983), usa o termo “transcendência” para se referir ao modo como a biologia, mais especificamente o corpo, é atualmente transformado pelas normas e práticas sociais, reconhecendo o corpo como sendo uma “matéria-prima” passível de ser moldada pelos princípios da sociedade, tal como muitos outros aspetos.

Entralço a este respeito na sua obra *Corpo e Alma* (2003, p. 16) refere: *“O corpo humano, na e pela sua própria dinâmica é a invocação da Transcendência, que já não aparece em concorrência com as aspirações do corpo, mas em resposta gratuita como dom às suas perguntas.”*

É neste contexto atual que a possibilidade de retirar e implantar órgãos traz ao de cima questões relativas aos valores relacionados com a vida humana e a corporeidade. O corpo é aqui visto como um outro diferente do homem que encarnara. Assim, segundo Le Breton (1953), através de uma forma eminentemente moderna de dualismo, o corpo perde seu antigo valor moral e vê crescer seu valor técnico (e até mesmo mercante).

Nos nossos dias, os avanços da medicina e da biologia (transplantes, transfusão de sangue, próteses, manipulações genéticas, inseminação artificial, etc.) abrem caminho para novas práticas para as quais é anunciado um futuro de prosperidade. Estes procedimentos deram ao corpo o valor de um objeto cujo preço é inestimável perante a demanda crescente à qual se assiste na atualidade (Le Breton, 1953).

Esta situação levanta a necessidade de “substrato” humano com a finalidade de quatro utilizações diferentes: a pesquisa médica e biológica que solicita vários materiais humanos; a fabricação de produtos farmacêuticos; os transplantes; os usos tradicionais nos cursos de medicina para a formação dos médicos. Posto isto, o corpo é assim decomposto em peças, submetidas à razão analítica (Le Breton, 1953). A própria sistemática desportiva também reduz o corpo a elementos e funções, prescrevendo exercícios com tal precisão que se orientam para essas unidades estruturais e/ou funcionais.

No entanto, é também importante focar a “outra face da moeda”, dado que, os avanços da medicina, principalmente no campo dos transplantes, levantam hoje em dia questões de cunho ético e moral sobre as quais recai uma grande reflexão. As consequências humanas destes novos procedimentos tornam o Homem uma possível matéria-prima. O corpo humano e os seus diferentes componentes tendem a tornar-se num objeto como outros, sendo esta distinção feita pela raridade de disponibilidade devida a resistências éticas e sociais (Le Breton, 1953).

Assim, o corpo humano aparece então como um *alter ego* do Homem, na medida em que, continua a ser a manifestação do Homem, sem ser o Homem, dado que, as intervenções operadas foram de tal forma legitimadas que suscitarão o terror caso fossem feitas no homem por inteiro e não no corpo pensado como sendo independente do Homem (Le Breton, 1953).

Desta feita, a unidade humana encontra-se fragmentada, a vida toma a aparência de uma potência mecânica e o corpo, dividido em componentes, cai mais facilmente sob a lei da convertibilidade e da troca generalizada à medida que é suspensa a questão antropológica do seu estatuto (Le Breton, 1953).

É neste contexto pós-moderno que o corpo é também o «*corpo-cyborg*», a fusão máquina-organismo. Assim, mais do que um determinismo tecnológico, que substituiria um determinismo biológico, ou de substituição do organismo ou de parte dele pela máquina, trata-se de um *design* tecnológico do organismo, que coloca em causa a existência de uma separação a nível ontológico entre a máquina e o organismo e entre a técnica e o orgânico (Sérgio, 2004).

Posto isto, o corpo dos nossos dias é uma expressão do mercado e da indústria cultural. Vive-se o culto do corpo com características económicas, de mercado e até religiosas. Assim, Cunha (2016), tomando por base Wanderley Codo & Wilson Senne (1985), recorre ao neologismo *corpolatria* para ilustrar o que acontece nos nossos dias. Estes autores tomam como ponto de partida a máxima Socrática “*conhece-te a ti mesmo*” para o: “*constrói-te a ti mesmo*”; “*faz o teu corpo*”; “*idolatra o teu corpo*”.

Esta situação, segundo o mesmo autor, é possível de dois modos, de um modo natural, com recurso a textos científicos, produtos estéticos e cosméticos, produtos alimentares e farmacêuticos que dizem como fazer do modo mais saudável e adequado; ou através da penitência com dor, que nos “templos” (ginásios, academias, ...) selecionados por cada um, se pode suar, sentir dor, fazer sacrifícios. Neste contexto, o corpo surge como corpo consumido, objeto de venda e compra, o corpo mercadoria.

Hoje em dia, assistimos à consideração com todas as letras da metáfora que leva a fazer do corpo humano um material disponível. Mas, através dos avanços tornados possíveis pela distinção ambígua do homem e do corpo e pela assimilação mecânica do biológico, quanto mais o corpo perde o valor moral, mais créditos possui o valor técnico e mercadológico (Le Breton, 1953).

Nesta conjuntura, o corpo e os seus componentes transformaram-se em matéria-prima preciosa e rara, visto que, ainda é submetida à cláusula de consciência e ao debate no campo social, ético e moral. A estrutura que compõe o corpo humano é dividida em peças materiais que, na sua maioria, fazem parte do registo de posse, assimilando-se a pertences patrimoniais do indivíduo, que em certos países se tornam “bens” para comércio e tráfico, ou ainda “fonte” para



a realização de operações e transplantes, aluguer de útero, procura de embriões congelados, manipulação genética, entre outros aspetos (Le Breton, 1953).

Assim, o Homem, tido como a fonte de sagrado na medida em que simboliza o mundo que o envolve, transforma-se a si mesmo em profano, dado que, torna os elementos que pertencem ao seu património, objetos suscetíveis de desmembramento ou de experimentações, na medida em que a noção de humanidade se torna facultativa para vários órgãos ou funções (Le Breton, 1953).

Esta visão biomédica que isola o corpo e deixa o Homem como que em suspenso, é hoje confrontada com a resistência social e a crítica ética generalizada: cirurgias para remoção de órgãos ou transplantes, estudos experimentais com embriões humanos ou com células, diagnósticos pré-natais que tendem à eugenia e à fantasiosa supremacia absoluta sobre a vida, imaginação da radical manipulação genética do Homem para condicionar a saúde, a forma, e até mesmo os comportamentos; sonhos do acoplamento do Homem com a tecnologia sob a forma de «*corpo-cyborg*». Ou então, mais banalmente, a solidão dos moribundos, a obstinação terapêutica, o destino indeciso da morte cerebral, a eutanásia, entre outros aspetos. O dualismo metódico da medicina e da pesquisa biomédica é confrontado com o indivíduo que reivindica a consubstancialidade ao corpo que repentinamente foi promovido a mercadoria, o indivíduo que sabe que é de carne e que não se reconhece bem nesse paradigma (Le Breton, 1953).

Assim, nesta conjuntura pós-moderna, os corpos são cuidadosamente inventados como objeto de visão e a fotografia comercial a sua verdadeira e última expressão. O “eu” e o corpo tornaram-se idênticos, no sentido de que o que é venerado e considerado é o corpo de aspeto brilhante e musculado, como símbolo de perfeição (Sérgio, 2004).

Nos nossos dias, o oposto de beleza e erotismo é sinal de doença e de forma a simular a juventude está em amplo crescimento uma vasta gama de conhecimentos e inovações relativas ao corpo e a cuidados corporais nas mais diversas áreas, estética, saúde, educação. Desta forma, fomenta-se e

desenvolve-se um mercado de “aparências” representado por um elevado número de profissionais e instrumentos de atuação especializados (Sérgio, 2004).

Para esta situação contribui também uma verdadeira proliferação de múltiplas técnicas relacionadas com adornos, vestuários, teatro, na dança, no desporto. Este facto contrapõe-se ao ofuscamento a que o corpo estava subjugado no passado, devido a uma inversão de valores da época, que se traduzia pela passagem de ideias de acumulação e poupança a preocupações de consumo e dispêndio de energias (Crespo, 1990).

É neste contexto que a ideia de um corpo modelado, cuidado remete para as questões de tratar de si, de uma alimentação mais saudável, da execução de exercício, entre outros fatos, que remete ao aspeto de como os elementos se poderão integrar em novos grupos nos quais a introdução passa pela utilização de determinado vestuário, pela assunção de determinados hábitos e atitudes, tidas como semelhantes entre os diferentes elementos constituintes. Neste caso, mais uma vez os media são os responsáveis por oferecer as diferentes opções existentes para que se consiga ter o corpo cuidado e tratado tão em voga. Neste sentido, o “corpo utópico” é reduzido na maioria das vezes ao corpo que os media publicitam (Sérgio, 2004).

Assim, a aparência corporal engloba a maneira de se vestir, a maneira de se pentear, de cuidar do rosto e do corpo, ou seja, a forma quotidiana de cada um se apresentar socialmente, conforme as circunstâncias, através da forma de estar, de se colocar e do estilo de presença. O primeiro constituinte da aparência está relacionado com as modalidades simbólicas de organização sob a égide de pertença social e cultural, sendo as mesmas provisórias, amplamente dependentes dos efeitos de moda que vigoram numa dada altura ou contexto (Le Breton, 1953).

A aparência corporal coloca o homem sob o olhar avaliativo do outro e, principalmente, no que se refere ao preconceito que o fixa de antemão numa categoria social ou moral conforme o aspeto ou o detalhe da roupa que veste, a forma do corpo ou do rosto. Os estereótipos apresentam uma maior predileção

sobre as aparências físicas e transformam-nas de uma forma natural em estigmas e em marcas fatais de imperfeição moral (Le Breton, 1953).

A sociedade atual estimula o consumo generalizado e nela é incentivada a oferta de bens de consumo e de serviços voltadas para o corpo que pode ser objeto de alterações, segundo diferentes padrões e finalidades, com o intuito de cumprirem determinados papéis e funções (Bento, 2009).

O corpo pode ser visto como a dimensão mais privada do ser humano, mas em contrapartida, é através dele que nos damos a conhecer quando interagimos a nível social, sendo também um objeto social, público, dado que as representações que dele são delineadas são construídas socialmente e partilhadas, em consequência de este ser por excelência um objeto de troca social. Segundo Jardim (2016, p.10), tomando por base Baudrillard (1970), o corpo é o *“mais belo objeto de consumo”*.

Segundo o mesmo autor, este é o meio pelo qual se processa a categorização social, e como superfície de inscrição de marcas distintivas, tais como as operadas pelo vestuário, pelo treino desportivo, ou pelo estigma que se opera no caso dos corpos deficientes ou deformados.

Este mercado em pleno crescimento relacionado com a moda, roupas, cosméticos, práticas desportivas, entre outros aspetos que visam a manutenção e a valorização da aparência sob os auspícios da sedução ou da "comunicação". Assim, o corpo, objeto de constante preocupação, tornou-se lugar privilegiado do bem-estar e do parecer bem através da forma e da manutenção da juventude, através de idas rotineiras a ginásios e da prática desportiva, do uso de cosméticos, programas de alimentação saudável e dietética. Encetam-se, assim esforços no sentido de se ir ao encontro e de satisfazer a mínima característica social fundada na sedução, quer dizer, no olhar dos outros (Le Breton, 1953).

As medidas postas em prática para melhorar e modelar o corpo estão na moda, sendo o corpo transfigurado e, por consequência, ocorre a transfiguração do próprio sujeito, pelo que, pelo constante desejo de alteração do corpo próprio,

estas passam a tornar-se corpos simbólicos, representando e expressando outra identidade (Bento, 2009).

É passível de se constatar que as pessoas investem no seu corpo, se ocupam regularmente dele, de uma forma mais ou menos prazerosa, no entanto, essa preocupação pode acarretar alguma ansiedade. Esta ocupação/preocupação com o corpo pode referir-se ao funcionamento do organismo, ou ainda, à aparência corporal, significando, antes de mais, que existe uma consciência corporal, das suas funções e dos seus desempenhos (Ribeiro, 2003).

Tendo por base Ribeiro (2003), a consciência corporal diz respeito a uma variável intermédia entre a pessoa e o seu corpo, nos níveis físico, fisiológico e estético, sendo-o também entre a própria pessoa e o outro nas esferas comunicacional, no estabelecimento de relações interpessoais e na comparação social.

Assim, é com base na consciência corporal que cada pessoa se “sente bem na sua pele” ou, pelo contrário, detém um sentimento de inferioridade corporal e, decorrente desta diversidade de sentimentos, há quem se esmere na prestação de cuidados de saúde e de beleza ao corpo ou, em contrapartida desista de o cuidar, votando-o ao abandono. Esta situação é passível de se observar no caso das pessoas acometidas por um processo patológico, na medida em que decorrente da doença poderão ser avassaladas por um rol de sentimentos, podendo mesmo sentir, como referido pelo autor, inferioridade corporal, quando se comparam com os que o rodeiam (Ribeiro, 2003).

O mesmo autor, citando Le Breton (1992), refere que o corpo é, de facto, um «signo do indivíduo», sendo esta função particularmente relevante no contexto da sociedade atual que, cultivando em excesso as aparências e, particularmente a aparência corporal, não impõe um modelo único, promovendo antes a diversidade e a originalidade.

Nesta sociedade são consagrados valores de beleza, juventude, inovação e na estética, o que leva a que as pessoas busquem a remodelação do seu

corpo, da sua vida, procurando enfatizar e modificar a identidade, a aparência e a apresentação do “eu” (Bento, 2009).

Neste sentido, pode ser referido que o homem mantém com o corpo, tido como seu melhor trunfo, uma relação de terna proteção, extremamente maternal, da qual retira um benefício ao mesmo tempo narcísico e social, reconhecendo que, em certos meios, é a partir dele que são estabelecidos os julgamentos dos outros (Le Breton, 1953).

O corpo é tido como elemento central no projeto de autoidentidade do sujeito, pelo que, alterações sentidas pelo indivíduo relacionadas com o seu corpo refletem-se na sua autoidentidade e na sua inserção em sociedade, sendo que, o corpo que temos e somos é componente essencial da identidade profunda de cada um (Alves, 1999; Selgas, 1994; Shilling, 1993). Neste sentido, Prost (1991) refere que o corpo se tornou lugar de identidade pessoal no qual cada um aprende a habitar plenamente.

O corpo é o meio pelo qual temos a possibilidade de experienciar e de interagir socialmente, fazendo parte do projeto reflexivo que compõe os diversos modos de ser e estar na vida e com os outros. Segundo Mauss (1979), o corpo é considerado o primeiro e mais natural instrumento próprio do homem, sendo que, para ele o corpo é o meio técnico pelo qual o homem comunica e é capaz de se adaptar constantemente, quer aos objetos, quer às situações condicionadas e condicionantes da sociedade na qual se insere. A este respeito Jana (1995, p. 63) refere que *“eu abro-me ao mundo a partir do meu corpo e segundo o regime de funcionamento deste.”* O mesmo autor refere que um corpo nasce com determinadas possibilidades ou potencialidades que exigem estimulação e exercício para se traduzirem em capacidades ou competências, neste sentido, o corpo humano não é apenas um dado adquirido, mas deve ser trabalhado e construído.

Seguindo esta linha de pensamento, pode ser referido, a título de exemplo, a atenção e o cuidado dispensados na (re)construção de corpos saudáveis, na medida em que cada indivíduo deve assumir a responsabilidade de tratar do seu corpo condignamente (Shilling, 1993).

Assim, a saúde é um dos aspetos relacionados com o cuidado com o corpo em que se verifica um investimento mais universal, uma vez que, o descuido neste domínio acarreta sofrimento e, em última instância, até a morte. A qualidade dos cuidados de saúde num determinado contexto cultural depende do que se sabe (ou julga saber) acerca do corpo e dos meios de intervenção disponíveis. Na sociedade atual, os cuidados de saúde visam uma aproximação ao ideal do corpo são, mediante o controlo efetivo de patologias rigorosamente identificadas (Ribeiro, 2003).

O corpo é em si intrinsecamente relacional e intencional, estando dotado de meios que lhe possibilitam a manutenção da vida nas melhores condições possíveis. Assim, Jana (1995, p. 91), tomando como referência Vernon Coleman, refere que *“a capacidade que o organismo tem de se tratar, de tirar benefício da experiência, de se desenvolver, de se proteger e precaver contra os perigos de toda a espécie é de longe maior do que alguma vez imaginamos”*. Neste sentido ao assumirmos o corpo, assumimos um desejo corporal de viver com a dinâmica e os significados que lhe são próprios. Este facto pode ser revisto no caso de alguns elementos que compõem a população deste estudo que se tornam detentores de uma força maior que os leva a tirar benefício das experiências advindas da nova condição, e os leva a encetar esforços no sentido de se proteger e precaver contra os “perigos” da nova condição, tornando-os mais resistentes e fortalecidos do que alguma vez imaginaram.

Esta situação prende-se com razões biológicas, mas também culturais, dado que um determinado comportamento pode ocorrer sem ter subjacente um desequilíbrio biológico. Desta feita, assiste-se a um número crescente de alertas que referem que as condições às quais sujeitamos o corpo, em sequência a razões socioculturais, obrigam o corpo a responder acima da sua capacidade, sendo o *stress* um exemplo disso (Jana, 1995).

Doenças cardíacas, cancro e um conjunto de outras doenças são descritas como evitáveis, nos indivíduos que tenham um regime alimentar adequado, não sejam fumadores, façam exercício físico. Este tipo de estilo de vida saudável promove uma sensação de bem-estar, quer interior como

exteriormente. Assim, a saúde é grandemente associada com a aparência e a “apresentação do *self*”, isto na sociedade urbana. Na sociedade rural não é bem assim, associando-se a saúde à capacidade de trabalhar (Shilling, 1993).

Le Breton (1953) tomando por base L. Boltanski, refere que as classes ditas populares mantêm uma relação mais instrumental com o corpo. A doença é encarada como um entrave à atividade física, principalmente profissional e as queixas dirigidas ao médico dizem respeito, sobretudo, à “falta de força”, facto que retira aos membros desta camada social a possibilidade de fazer uso do corpo, principalmente, a nível profissional. Neste sentido, os elementos desta classe social não prestam nenhuma atenção especial ao corpo e utilizam-no sobretudo como um “instrumento de trabalho” ao qual demandam boa qualidade de funcionamento e de resistência.

O mesmo autor alude a que a valorização que dão à força confere-lhes a uma maior tolerância à dor, não admitindo, principalmente, sentirem-se doentes. Durante muito tempo, o facto de nunca ter sido afastado do trabalho por doença foi, certamente, motivo de orgulho para inúmeros homens desta classe.

No que se refere às classes sociais privilegiadas, assiste-se a uma relação mais atenta com o corpo. Neste caso, verifica-se uma tendência a estabelecer uma fronteira mais ténue entre saúde e doença e a adotar, medidas e atitudes preventiva para evitar qualquer sinal de doença (Le Breton, 1953).

À medida que subimos na hierarquia social, que aumenta o nível de escolaridade e que diminui correlativa e progressivamente a importância do trabalho manual em relação ao trabalho intelectual, assiste-se a uma modificação do sistema de regras que rege a relação do indivíduo com o corpo. Neste sentido, quando a atividade profissional é essencialmente do foro intelectual que não exige nem força nem competência física particular, ocorre o estabelecimento de uma relação consciente com o corpo e são tomados mais cuidados com as sensações orgânicas e com a expressão dessas sensações, sendo mais valorizadas características como a graça, a beleza, a forma física em detrimento da força física, como no caso das classes ditas populares (Le Breton, 1953).

Investir no seu corpo proporciona a cada indivíduo a capacidade de autoexpressão e de autocontrole proporcionando sentimentos positivos e aumentando o controle de cada um sobre o seu corpo (Shilling, 1993).

A alteração de valores à qual se assiste na atualidade, nomeadamente no que se refere ao desejo de realização pessoal, à importância que é dada à aparência física, entre outros, teve uma enorme influência e provocou alterações na imagem social do corpo e por conseguinte no modo como é reconhecido e considerado a nível moral (Heras, 1994).

Todos somos constantemente inundados com livros, revistas, enciclopédias domésticas nas quais proliferam inúmeros exemplos de exercícios físicos promotores de um corpo mais flexível, harmonioso e mais belo (Corbin, Courtine & Vigarello, 2013).

Paralelamente, a atividade/exercício físico passou também a ocupar um lugar importante ao nível da ocupação do tempo livre relacionado com o que Lipovetsky (1989) denomina como “hedonismo individual”.

Segundo Featherstone (1991), importa distinguir dois tipos de exigências no que se refere ao corpo: que o corpo interior “funcione” bem e tenha saúde e que a aparência, ou seja, o corpo exterior, esteja bem cuidada. Neste sentido, o corpo é um sinal, uma mensagem que reflete essa pessoa. Por outro lado, as imagens transmitidas pelos meios de comunicação reforçam um estilo de vida em que o cuidado com o corpo (a prática de exercício físico, a cosmética, o vestuário, entre outros aspetos) ocupa um lugar central. Sendo que, o prestígio para os que aderem e põem em prática este estilo de vida lhes proporciona uma ascensão na estrutura social. Assim, segundo o mesmo autor, há o reconhecimento de que o corpo é uma das poucas áreas na qual os indivíduos podem exercer um controlo quotidiano, através da prática de exercício físico, entre outras ações, e não depende, como as questões económicas ou políticas, de instâncias alheias ao indivíduo (Heras, 1994).

Posto isto, assiste-se à execução de um conjunto de práticas nas quais o corpo assume um lugar central, sendo considerado rei, mas ao mesmo tempo



também o papel de escravo. Neste sentido, é rei quando ocupa o lugar central das preocupações e desejos de cada indivíduo, na sua mais autêntica individualidade. Assim, presencia-se a execução de um conjunto de práticas diversificadas que passam pela atividade física, cosmética, cirurgia, entre outros (Alves, 1999).

Assim, o corpo que é tido como o primeiro sujeito, a primeira forma de ser de cada um, torna o homem narcísico, solitário e uma presa frágil da indústria e das técnicas. De um modo ilusório, o corpo aparece como uma manifestação de autonomia e de liberdade, quando na essência, se torna um escravo num exercício de alinação (Cunha, 2016).

Neste sentido, o corpo é também considerado escravo, quando subjugado a um conjunto de práticas homogeneizadas que o levam a assumir um ideal padronizado de um corpo elegante, com proporções definidas, jovem e desportivo (Alves, 1999; Shilling, 1993).

Assim, o corpo ideal deve manter-se belo, jovem e saudável, imagem antagônica da do corpo envelhecido, aspeto que é reforçado por Feathrestone & Hepworth (1996) quando referem que os sinais físicos do envelhecimento são interpretados como evidência de uma forma de vida inaceitável, principalmente quando se reflete na meia-idade, pelo que, o envelhecimento deve ser consequentemente protelado e camuflado, sendo esta a forma de se manter aceitação a nível social.

Deste modo, a preocupação com a aparência, a ostentação, o desejo de bem-estar que leva à prática de atividade física, os cuidados com a alimentação e com a saúde, em nada modifica, no entanto, a ocultação do corpo que reina na sociedade. A ocultação do corpo continua presente e passível de ser constatada no destino dado aos velhos, aos moribundos, aos deficientes ou no medo que todos temos de envelhecer (Le Breton, 1953).

A velhice não é um dado absoluto, mas deve ser antes considerada como uma construção social que é reveladora e vai de encontro ao conflito patente entre o que é novo e o velho, o moderno e o antigo, sendo que as gerações

atuais são dominadas pelas ideias de progresso, rendimento, produtividade, tendo nesta sociedade o trabalho e os negócios um papel primordial na delimitação da exclusão (Crespo, 2016).

Ferreti, Sá & Corraldo (2013), tomando por base Buaes (2007) destacam a inter-relação entre a realidade social e cultural e o entendimento relativo à construção das experiências e a aprendizagem da velhice de uma forma bem-sucedida, assim como, os significados que são atribuídos a esta fase da vida e a esta fragilidade. A velhice é um estadio da vida caracterizado por um conjunto de mudanças que exigem um contínuo processo de adaptação com o objetivo da preservação e manutenção de um nível de autonomia e independência promotores de uma boa qualidade de vida (Busato, Antonioli & Ferraz, 2013).

Na atualidade a perspectiva de que a velhice é um período de perdas tem começado a dar lugar à percepção de que as idades mais avançadas são também propícias para novas conquistas no que diz respeito ao prazer e satisfação pessoal, no entanto, a sociedade atual parece ainda não estar preparada para saber como lidar com o declínio das competências físicas, cognitivas e emocionais desta faixa etária (Busato, Antonioli & Ferraz, 2013).

Na sociedade atual assiste-se a um constante conflito entre a idade biológica e a aparência física, que levou a que o envelhecimento deixou de ser natural tornando-se quase num fenómeno “perverso” (Lacerda, 2016), tal como pode ser revisto nas seguintes palavras de Pascoaes (1993, p. 35): “... *Houve instantes em que fui a minha alma. Transitei dela para o esqueleto, sem haver passado pelo corpo. Criança e velho, sem mocidade. As mulheres rejeitaram-me e eu perdi-a. Ser moço é ter uma amante ou noiva, ser amado, como na cantiga popular! E ser amado é ser belo. Sem beleza não há mocidade, embora haja infância e velhice, os dois extremos*”.

Assim, neste contexto social, caracterizado pela euforia do movimento, da velocidade e de práticas de crescimento, uma das questões prementes prende-se com o lugar do estatuto conferido ao envelhecimento, dado que, a pessoa idosa, nesta sociedade, não deixa de enfrentar uma imagem de desvalorização, uma vez que já não consegue acompanhar este ritmo e vê o seu poder social

diminuído o que lhes acarreta sentimentos de humilhação, tal como acontece com outros grupos marginalizados pelas transformações da sociedade, cujos corpos “usados” são relegados para um plano secundário, obscuro e escondido (Crespo, 2016).

Tal como refere Pascoaes (1993, p. 73), *“Cada ser é um botão que se abre e tomba, pétala a pétala, ou se desfolha, de repente! E o que ele deseja é libertar a sua imagem da argila corruptível. A imagem figura a alma, é a própria alma a exteriorizar-se, transparecendo através da carne. Irrompida do íntimo, adapta-se a uma forma modelada em parte pelo ambiente. Somos um produto dum esforço interior que topa resistências plásticas ou colaboradoras. No corpo dum animal ou duma árvore adivinha-se a mão que o modelou. Quase a vemos surgir das profundidades do espaço, como um feixe de raios misteriosos”*.

Busato, Antonioli & Ferraz (2013), tomando por base Ramos (2003), focam que o tão ansiado envelhecimento bem-sucedido depende do equilíbrio de um conjunto de dimensões que são resultado da interação entre a saúde física e mental, independência na vida diária, integração no contexto social e familiar e independência económica, sem, no entanto, isto significar ausência de problemas em alguma destas dimensões.

Assim, a velhice, é a época da vida em que as trajetórias de vida de cada um, marcadas pelas experiências assimiladas ao longo da vida o tornam único quer a nível biológico, psicológico ou social, facto que pode ser reportado para caso das pessoas objeto do presente estudo de investigação (Busato, Antonioli & Ferraz, 2013).

Na sequência do processo de envelhecimento, o corpo e as suas funções padecem de alterações, no entanto, este processo não acontece de um modo uniforme em todos os indivíduos, é passível de se observar indivíduos com idades avançadas com uma “saúde de ferro” (Busato, Antonioli & Ferraz, 2013).

Deste modo, conceber a doença e a velhice como faces de uma mesma moeda por vezes é um equívoco, na medida em que, o medo de envelhecer e das patologias que se associam ao envelhecimento acarretam pensamentos

negativos como os que são associados à sensação de inutilidade e sentimentos de menos valia (Busato, Antonioli & Ferraz, 2013).

Assim, perante o choque decorrente da tomada de consciência das irremediáveis transformações do corpo na sequência do processo de envelhecimento, ou reportando este assunto para a temática do presente trabalho, decorrente do processo patológico do qual foram acometidos, os indivíduos são continuamente levados a fazer o balanço das suas vidas, à luz das experiências do presente, de forma a descobrir o sentido e ao mesmo tempo, integrarem a morte na sua vida quotidiana sem, no entanto, esquecerem que a luta pela preservação da sua identidade individual passar pela relação que estabelecem com o próprio corpo (Crespo, 2016).

Este aspeto é iniciado na aparência exterior, dado que, recusar o envelhecimento é cultivar o corpo, nunca devendo ser esquecido que a elegância não tem apenas que ver com a juventude, mas com algo que brota do interior e dá sentido à forma exterior, sendo como que uma necessidade da existência, a recusa da ideia de envelhecer (Crespo, 2016).

Neste contexto é passível de se assistir a que os adultos não queiram envelhecer e encetem medidas numa tentativa de suspender a idade e rejeitar a maturidade que a deveria caracterizar, pelo que, a remodelação da identidade torna-se um objetivo permanente. Este facto deve-se à atual tendência das sociedades ocidentais em colocar em prática ações, nomeadamente em torno do corpo, de forma a melhorá-lo, assim como, a promover a saúde, melhorar a produtividade, a felicidade e a moralidade (Bento, 2009).

A manutenção de uma aparência exterior jovem e saudável identifica-se com a recusa em envelhecer, numa constante preocupação com a estética traduzida no denominado culto do corpo, numa tentativa de travar o envelhecimento, de gostar de si próprio, como que, de demonstrar uma revolta contra a desvalorização social, contra o sentimento de inutilidade, contra a resignação. Neste contexto atual, os velhos são tidos cada vez mais como uma afronta dado que são a subversão viva na forma humana diretamente observável (Crespo, 2016).

Desta feita, a discriminação sentida pelos mais velhos resulta dos valores consumistas e mercantilizadores das relações sociais patentes na sociedade atual, tornando-se importante referir que esta situação se reflete em sequência dos ideais de juventude que caracterizam a sociedade atual e que dificilmente aceitam, de forma resignada, a passagem do tempo, mantendo um conjunto de comportamentos que, muitas vezes, de um modo ilusório os mantêm ligados aos valores dos mais jovens. Além de que, como refere Ribeiro (2003, p. 74), *“Difícilmente uma pessoa suporta ser feia, sobretudo quando se olha no espelho que são os outros.”*

No entanto, o tempo não deixa de transcorrer e vai deixando a sua marca, relembrando a cada um a sua condição de ser mortal (Alves, 1999). Este facto vai de encontro ao que é referido por Ferreira (2011, p. 234) no seguinte: *“Porque nós não temos a consciência de que o tempo passa por nós – porque não passa. À passagem do tempo corresponderia então a consciência da nossa destruição. Mas nem sequer no corpo nos sentimos destruídos. Decerto o corpo envelhece, como o sabemos do espelho. Mas sabê-lo do espelho é sabê-lo de fora – e nós não estamos fora: estamos dentro. De dentro de nós somos o próprio corpo e a imortalidade de um «eu» estende-se até aí. É pois no próprio «eu» que tem a sua raiz essa obscura e invencível consciência de eternidade.”*

Correntemente, e no domínio filosófico, a estética há muito que transpôs a norma, o padrão e o cânone e o olhar estético procura constantemente novas formas, nas formas estereotipadas, jogar com o espaço, com o tempo, com o belo e com o feio. Assim, segundo Lacerda (2016), o nosso corpo deve ser um lar, não uma prisão e o modo como o vemos e como com ele convivemos deve ser estética, mas não no sentido que está patente no mundo atual, dado que, os gordos, os baixos, os calvos, os flácidos, os poucos bronzeados e os velhos são invisíveis, quase que transparentes aos olhos da sociedade atual (Lacerda, 2016).

No que concerne à modernidade, Ribeiro (2003) demonstra que existem duas perspetivas antagónicas no que se refere às atitudes dos indivíduos para com o seu corpo: uma diz respeito a uma profunda desconfiança (corpo sob

suspeita); a outra é de exaltação desmedida (corpo via de salvação). Neste sentido, na primeira situação, o corpo é considerado como «a parte maldita da condição humana», tendo por base a sua fragilidade, o seu baixo rendimento e a fatalidade do processo de envelhecimento. No segundo caso, o corpo é glorificado num esforço de superação das suas fragilidades, que passa pelo cuidado da aparência, da obsessão da forma e à aspiração da eterna juventude. Posto isto, o corpo está associado a um valor incontestável.

No decorrer do processo de desenvolvimento, cada pessoa representa o seu corpo como único, distinto dos outros. Mais do que isso, representa-o como o seu corpo (identidade corporal) e representa-se nele (eu corporal). Aquando da representação do seu corpo (na terceira pessoa), é natural que o avalie pelo confronto com modelos, por exemplo estéticos e que ao representar-se no corpo (na primeira pessoa) ele se distinga das outras pessoas. A imagem corporal tem um determinado valor para as pessoas, e é com base nesta apreciação que são definidas atitudes e organizados comportamentos no plano social. A “nota” atribuída ao corpo, conta, com um peso muito significativo para a sua autoestima (Ribeiro, 2003).

Cada pessoa avalia o seu corpo considerando a perceção que tem do seu desempenho nas diferentes situações e tendo por base os níveis de satisfação ou de insatisfação daí decorrentes. Isto significa que o que é, na verdade, avaliado não são as qualidades reais do corpo (valor objetivo), mas os benefícios pessoais da sua utilização (valor subjetivo). No entanto, a subjetividade desta avaliação é relativa, na medida em que a auto perceção do corpo e as expectativas de satisfação corporal são tributárias de valores culturais e são reflexo do meio social envolvente de cada um (Ribeiro, 2003).

Na sociedade atual, há a referir que os aspetos de ordem psicossocial tendem a sobrepor-se até aos de nível biológico e, no que se refere à atitude global de cada um perante o corpo, há corpos assumidos e glorificados e, em oposição, corpos rejeitados e desprezados. Do mesmo modo, existem também diferentes perspetivas e atitudes perante a dor e a doença, na medida em que

alguns teimam em resistir à doença suportado a dor, enquanto outros preferem o alívio da dor (Ribeiro, 2003).

Desta feita, assiste-se à tensão decorrente entre o corpo exterior e o interior, nomeadamente quando confrontados com o espelho ou uma fotografia mais recente, que acarretam sentimentos de espanto e surpresa, sendo o corpo considerado como uma prisão, ocorrendo o confronto entre um corpo envelhecido, mas incompatível com o que se sente interiormente. Segundo Shilling (1993), tomando por base a análise de Goffman (1968), a percepção que temos do corpo é como se tratasse de uma imagem refletida num espelho, imagem esta construída e contextualizada socialmente.

Este facto pode ser constatado nas seguintes palavras de Vergílio Ferreira (2011, p. 173): *“o envelhecimento do meu corpo é o espelho que me ensina, ou a minha imagem nos outros, ou a objectivação que promovo quando o observo do exterior”*.

O corpo prisão também se constata a partir das dores do corpo que se vão fazendo sentir e das limitações funcionais que se instalam, pelo que, é a partir desta altura que o prenúncio de morte se faz sentir, dado que ser jovem é sinónimo de ser-se imortal (Alves, 1999).

Segundo esta linha de pensamento e corroborando o que foi dito anteriormente, esta situação está patente no seguinte trecho de Vergílio Ferreira (2011, p. 228): *“As contas da idade não têm significado quando feitas dentro de nós, porque dentro de nós somos eternos. (...). Os meus cinquenta anos verifico-os não numa diminuição paralela e interna da capacidade de viver, mas na certeza externa dessa diminuição. É uma certeza que vem do tempo da juventude em que olhávamos os que tinham cinquenta anos, que vem dos livros, dos romances, em que se diz uma personagem e nos deixa surpresos e um pouco na dúvida sobre se isso é connosco, porque nós ainda não somos nada de estranho – os cinquenta é um vestuário que nos encobre acidentalmente o nosso ser real e assim nada têm que ver com esse ser e os podemos despir como o fato que nos veste, sentindo-nos um pouco intrigados com uma catalogação que nos não diz respeito e todavia diz.”*

Importa referir que, algumas partes do corpo, em todas as sociedades são particularmente valorizadas, nomeadamente o rosto, o qual é associado a um dos mais centrais valores corporais, a identidade. Segundo Pascoaes (1993, p. 7): *“É assim o nosso rosto: um desenho e um esboço, a imagem definida a indefinir-se numa expressão misteriosa”*. Posto isto, o rosto é, de todas as partes do corpo humano, aquela onde se condensam os valores mais elevados, nele se cristalizam os sentimentos de identidade e se estabelece o reconhecimento do outro (Le Breton, 1953).

Assim sendo, uma alteração que ocorra pode ser sentida como perda de identidade. Uma lesão, mesmo que grave, no braço, na perna ou na barriga não torna as pessoas feias, não modifica o sentimento de identidade. O rosto, em contrapartida, é lugar mais valorizado, o mais solidário do Eu (Le Breton, 1953).

Há também o caso dos «órgãos nobres», internos (coração, pulmões) ou externos (olhos, ouvidos), que são valorizados pelas suas funções vitais ou pelo seu valor simbólico e, ainda os órgãos instrumentais (os membros, principalmente as mãos), cuja falta é sentida como uma grave mutilação (Ribeiro, 2003).

Neste sentido, as experiências da realidade de cada pessoa dependem da integridade do organismo, ou das suas lesões transitórias ou indelévels, neurológicas, musculares, ósseas e também das sensações fisiológicas, viscerais ou circulatórias (Ribeiro, 2003).

Posto isto, os sentimentos supracitados, são comuns nas pessoas acometidas por alguma doença ou processo patológico, sentindo-se incapazes, mutilados, não se reconhecendo a si próprios, num corpo que não lhes permite expressar a sua verdadeira identidade.

A avaliação efetuada ao corpo, seja de uma forma global ou parcial, determina os sentimentos e atitudes que cada pessoa tem para com ele. Desta feita, cada um gosta ou não gosta do seu corpo, vive, por isso mais ou menos satisfeito, resignado ou angustiado, tratando-o bem, embelezando-o ou, pelo contrário, abandona-o, deixando-o deteriorar-se, “estragando-o”, mostra-o aos



outros, ou em contrapartida, esconde-o deles. No entanto, as pessoas nem sempre são objetivas podendo cometer erros na avaliação do próprio corpo. Mas é a partir destas auto percepções, por vezes distorcidas, que se efetua a construção da autoestima, dimensão essencial do sentimento de identidade (Ribeiro, 2003).

Partindo desta assunção, uma baixa de autoestima, decorrente do padecimento de alguma doença que afeta o corpo, em qualquer uma das suas dimensões, pode provocar, como consequência, alterações ao nível da identidade. Assim, a forma como cada pessoa está ou se sente no seu corpo, pode afetar de uma forma positiva ou negativa a sua autoestima e, por conseguinte, a sua própria identidade.

Seguindo esta linha de pensamento, tomando por base Shilling (1993), sentimentos de constrangimento podem ser experimentados quando se verificam lacunas entre a identidade social virtual e a identidade social atual. Sendo que, segundo Goffman (1968), a identidade social virtual diz respeito ao modo como cada indivíduo se vê a si mesmo e à sua identidade própria, enquanto o conceito de identidade social atual se refere ao modo como os outros/sociedade o veem. Desta forma, a identidade social virtual molda-se e é pautada pelo desejo patente em cada indivíduo de se apresentar como “normal” e digno de pertencer à sociedade na qual se pretende inserir (Shilling, 1993).

No entanto, pode acontecer que a identidade social atual se sobreponha à identidade social virtual, criando-se lacunas entre estas, que poderão acarretar sentimentos de constrangimento, na maioria das vezes de fácil resolução. No entanto, Shilling (1993), baseando-se em Burns (1992), refere que se a identidade social virtual apresenta características que não vão de encontro ao estabelecido pela identidade social atual, poderá acarretar sentimentos de constrangimento e estigmas que acarretam consequências negativas à identidade pessoal.

Esta situação de disparidade entre a identidade social virtual e atual poderá levar a situações de separação e afastamento da sociedade, estando esta situação muito patente nos casos de indivíduos detentores de alguma

deficiência que acarreta determinado grau de incapacidade, decorrente da quantidade de trabalho que vão ter para serem aceites como membros integrais da sociedade (Shilling, 1993).

Nesta sociedade atual da imagem o corpo é como refere Lacerda (2016, p.28), tomando por base Rodrigues (2005), *“um factor de inclusão ou de exclusão social. A comunicação que ele veicula aproxima ou afasta as pessoas de determinadas realidades sociais”*.

Focando agora o aspeto da satisfação corporal que, segundo Ribeiro (2003), diz respeito à dimensão avaliativa predominante quando alguém confronta os desempenhos do seu corpo com as suas necessidades, desejos ou expectativas.

No contexto da sociedade atual, o autoconceito e a autoestima dependem, em grande medida, dos desempenhos a nível social e, a este nível destaca-se também a elevada importância da imagem do corpo, quer a nível dos relacionamentos interpessoais, do desempenho de papéis, ou até numa simples exposição ao olhar dos outros. Neste sentido, da qualidade da relação com o corpo próprio depende a capacidade individual de comunicação e de relação com os outros (Ribeiro, 2003).

Focando agora os sentimentos de insatisfação corporal, que resultam da avaliação negativa dos desempenhos do corpo próprio, que, por norma, andam sempre associados com alguma perturbação afetivo-emocional, na forma de ansiedade ou mesmo de sintomatologia depressiva. No caso do presente trabalho, os sentimentos de insatisfação corporal são os mais comumente observados na população que pretendemos estudar e a eles estão, por norma, associados, sentimentos de incapacidade, depressão, entre outros (Ribeiro, 2003).

A este respeito, podem também ser referidas as dificuldades sentidas pelas pessoas que possuem alguma deficiência física ou sensorial, genética ou integram o “grupo” das catalogadas como “débeis” ou doentes mentais. O corpo e estas pessoas não passam despercebidos, como mandam as normas de

discrição e quando estes limites de identificação somáticos com o outro não ocorrem, o desconforto instala-se. O corpo estranho é sentido como um “corpo estrangeiro” e o estigma social funciona então com maior ou menor evidência conforme o grau de visibilidade da deficiência (Le Breton, 1953).

Assim, as malformações corporais, sejam congênitas ou adquiridas são como que um “atentado” contra a integridade estética e funcional do corpo e as Pessoas com deficiência, seja de que grau ou tipo for, podem apresentar uma aparência física que causa uma certa angústia, ou mesmo chocar os “ditos normais”, para os quais não é fácil reconhecer o valor estético do corpo considerado diverso. Por conseguinte, o corpo com características que se afastam do estereótipo do da pessoa normal é habitualmente considerado menos belo, acarretando atitudes de repulsa e rejeição (Lacerda, 2016).

Assim, o corpo deve ser apagado, diluído na familiaridade dos sinais funcionais, mas, com a simples presença física, o "deficiente" físico ou o "louco" perturbam a regularidade fluida da comunicação entre os diferentes interlocutores da sociedade, o que acaba por suscitar o afastamento bastante revelador da atitude de nossas sociedades para com a corporeidade (Le Breton, 1953).

Esta situação é, assim, revivida por quem é acometido por alguma patologia, seja do foro que for, na medida em que o novo “Eu”, ou seja, a identidade social virtual não se coaduna com o que é determinado pela identidade social atual. Assim, é necessária a alocação de esforços extra, quer exigidos por si, quer para irem de encontro ao que é desejável pela sociedade.

Neste sentido, a relação social estabelecida com o homem que tem uma "deficiência" é um profícuo analisador da forma como os elementos da sociedade vivem a relação com o corpo e com a “diferença” (Le Breton, 1953).

A este respeito importa refletir acerca das seguintes palavras de Dalai-Lama no livro *Conselhos do Coração* (2004, p. 47): *“Se tiverem uma deficiência física pensem que no fundo somos todos semelhantes. Mesmo que não tenham o uso de certos sentidos, o vosso espírito funciona como o de toda a gente. Não*

*percam a coragem, descubram em vós a vossa própria segurança. Vocês são seres humanos e podem fazer algo de válido da vossa vida.”*

Nas sociedades ocidentais é possível observar-se uma forte ambivalência que caracteriza as relações entre os seus elementos e o homem que tem uma deficiência, dado que, o discurso social afirma que ele é um homem normal, membro da comunidade, cuja dignidade e valor pessoal não são enfraquecidos como consequência do seu “problema” físico ou sensorial mas, ao mesmo tempo, constata-se que é objetivamente marginalizado, mantido mais ou menos fora do mundo laboral, “financiado” pela segurança social, condicionado no acesso à vida social na sequência das suas dificuldades de locomoção, bem como, das próprias barreiras arquitetónicas existentes nas infraestruturas frequentemente mal-adaptadas a estas condições (Le Breton, 1953).

Importa aqui referir que estas situações referidas acima são descritas na prática quotidiana com os doentes que são a população do presente estudo. Na sua grande maioria referem sentimentos de “marginalização” e de se sentirem à parte desta sociedade que “aparentemente” defende ideais de integração e de inclusão. Este aspeto restringe os seus contactos sociais e a reintegração no(s) contextos nos quais estavam integrados previamente ao episódio patológico do qual foram acometidos. Assim, até os “simples” passeios, a maioria dos quais acontece após um grande incentivo, é frequentemente acompanhado por uma multidão de olhares insistentes, de curiosidade, de incómodo, de angústia, de compaixão, de reprovação, como se o homem que tem uma deficiência tivesse que suscitar a cada pessoa que por ele passa um comentário (Le Breton, 1953). Embora este texto de Le Breton seja de 1953, estes problemas ainda se mantêm, talvez de forma não tão vincada, mas existente.

Neste sentido, as sociedades ocidentais fazem da “deficiência” um estigma, um motivo subtil de avaliação negativa da pessoa, conotando-se o homem de “deficiente” como se na sua essência ele fosse um ser “deficiente” ao invés de “ter” uma deficiência. Le Breton, (1953) tomando por base Goffman, refere que é solicitado ao indivíduo estigmatizado, para negar o peso do seu fardo e de nunca fazer com que acredite que, ao carregá-lo, se torna diferente

dos restantes elementos, ao mesmo tempo, é-lhe exigido que se mantenha à distância para que possamos manter a imagem que dele fazemos. Por outras palavras, é sugerido ao “deficiente” que aceite a sua condição e que aceite os outros, como forma de agradecimento pela tolerância natural que nunca realmente lhe é concedida. Assim, segundo os mesmos autores, a aceitação imaginária está na origem da normalidade imaginária (Le Breton, 1953).

A modificação desfavorável, seja porque se é velho ou moribundo, doente, desfigurado é, como já referido, socialmente transformada em estigma e a diferença gera a contestação. O espelho do outro é incapaz de explicar o próprio espelho. Por outro lado, a aparência intolerável descrita acarreta dúvidas e chama a atenção para a fragilidade da condição humana e para a precariedade inerente à vida (Le Breton, 1953)

A Pessoa com deficiência, seja de que tipo ou forma for, traz ao de cima, unicamente pela sua presença, o imaginário do corpo desmantelado que assombra muitos pesadelos, criando uma desordem na segurança ontológica que garante a ordem simbólica. As reações que acarreta tecem uma subtil hierarquia do terror e quanto maior a visibilidade da deficiência (um corpo com deformidades, um tetraplégico, um rosto desfigurado, por exemplo), mais suscita a atenção social indiscreta que vai do horror ao espanto e mais o afastamento é declarado nas relações sociais (Le Breton, 1953).

Desta forma, a Pessoa com deficiência é detentora de um estatuto intermediário, um “homem do meio-termo” e esta falta de clareza da definição ao nível do seu estatuto social acarreta sentimentos de mal-estar, dado que, ele nem é doente nem é saudável, nem está morto, nem completamente vivo, nem fora da sociedade, nem dentro dela. A sua humanidade não é colocada em questão e, no entanto, ele transgride a ideia pré-formatada do que é ser humano. A ambivalência que a sociedade mantém a seu respeito é uma espécie de réplica à ambiguidade da situação, ao seu carácter durável e intocável (Le Breton, 1953).

Apesar dos avanços empreendidos na reconstrução do corpo temos de atender que os corpos são entidades biológicas nos quais imperam os limites

reais ao grau de reconstrução que se pode operar nos mesmos, pelo que, a modificação da aparência pode tornar-se um processo difícil (Shilling, 1993).

Esta situação pode interferir também no contexto de relacionamento social, no qual a aparência exterior condiciona a imagem que é transmitida ao outro. Aqui importa referir Turner (1997) que apresenta a noção de “*self representativo*”, decorrente da qual, o valor que é atribuído ao indivíduo prende-se com a sua aparência exterior.

Assim, segundo este aspeto, a aparência subjuga qualquer outra dimensão do indivíduo, pelo que, este facto é largamente vivenciado por quem é acometido por um processo ou condição patológica que os torna prisioneiros num corpo que não lhes permite expressar a sua verdadeira identidade (Alves, 1999)

Seguindo esta linha de pensamento, Jana (1995, p. 50) baseando-se em Ortega y Gasset, referia-se ao conceito de intracorpo, por oposição a extracorpo referindo: “*O corpo do homem é o único objecto do universo do qual temos um duplo conhecimento (...) Conhecemo-lo, com efeito, por fora, como a árvore, o cisne e a estrela: mas, além disso, cada qual percebe o seu corpo por dentro, tem dele um aspecto ou vista interior*”.

Neste sentido, o mesmo autor baseando-se em Ortega y Gasset refere que é inaceitável a pretensão de separar todo o homem em alma e corpo, não por serem distintos, mas porque não há forma de determinar onde termina o corpo e começa a alma.

Posto isto, ainda o mesmo autor refere que “*a nossa vida psíquica e o nosso mundo exterior acham-se ambos montados sobre essa imagem interna do nosso corpo que arrastamos sempre connosco e que vem a ser como que o marco dentro do qual tudo nos aparece*”, o mesmo autor acrescenta que “*o intracorpo condiciona e modula toda a nossa vida psíquica, seja pensamento, ou volição o modo da sua actividade*” (Jana, 1995, p. 51).

Estes factos vão de encontro ao que é experienciado pela população do presente estudo, na medida em que a imagem interna de cada um vai influenciar todos os aspetos, quer internos como externos, sendo que, o facto de ocorrer

um processo/ condição patológica pode condicionar e ser o marco que condiciona a percepção e a imagem, interna e externa, que cada um tem de si.

Torna-se pertinente destacar Vergílio Ferreira (2011, p.123), quando diz que “*A realidade última do meu ser é o corpo que sou, ou seja o “eu” que ele é*”, pretendendo com isto dizer que cada um de nós é o corpo que somos e tudo se cumpre num corpo. E, tendo consciência da nossa mortalidade, esta é-nos imposta pelo nosso corpo e pelo que lhe vai sucedendo.

Jana (1995, p. 52), tomando por base Entralgo, refere que “*a minha consciência de ser e viver aqui e agora é sempre duma ou doutra forma, consciência do meu corpo, experiência duma atividade da qual o corpo é parte essencial*”. Estas palavras refletem um corte radical com a originalidade de um eu puro e imediato, na medida em que a consciência da existência é sempre experiência de uma atividade corporal, pelo que, existência e corpo estão implicados, o corpo dá a existência ao homem.

Esta situação é focada por pelo mesmo autor (1995, p.52), baseando-se nas seguintes palavras de Sartre: “*Eu existo o meu corpo*” e a consciência da própria existência acarreta implicações ao nível do corpo que cada um é e do seu existir.

A este nível não podemos deixar de referir que a condição patológica que afeta os elementos do presente estudo poderá condicionar e limitar as suas atividades corporais, facto que, pelo que foi referido anteriormente, poderá alterar ou comprometer a existência dos mesmos.

Outro aspeto com interesse em focar prende-se com o fato de que é como corpo e como existência corporal que nos damos a conhecer e somos conhecidos pelos outros, a este respeito Jana (1995, p.49), tendo por base Sartre, refere que “*eu existo para mim como conhecido por outro a título de corpo*”.

Importa também referir a função expressiva do corpo ressaltada por Ortega y Gasset (1981), que refere que o corpo transmite ao outro e se trata de um elemento comunicador. O mesmo autor refere que o corpo do outro é como

que um semáforo que nos envia constantemente os mais variados sinais ou indícios relativamente ao que se passa no seu interior.

Heras (1994) refere também a perspetiva de outro autor, Goffman, que desenvolve a ideia de que o corpo ocupa um lugar central servindo de suporte entre o individual e o coletivo. Assim, segundo este autor, os indivíduos, mediante o seu corpo, podem definir sistemas de valores que sirvam de esquemas para determinar quais as condutas a adotar perante determinadas situações.

Assim, a consciência que cada um tem do corpo é mediada pelo outro e a própria imagem que o corpo tem de si não é imediata, resultando de um processo de construção através da inter-relação corporalizada no mundo das coisas (Jana, 1995).

Focando novamente a população do presente estudo, as reações dos outros perante o “corpo doente” influenciam a imagem e a perceção que cada um irá ter acerca de si e do seu “novo” corpo, indo este facto de encontro as palavras de Jana (1995) quando refere que existe uma integração do que o corpo de cada um lhe dá interiormente com o que lhe dá exteriormente, factos influenciados na e pela relação com o mundo. Não existe assim uma fronteira definida entre o que o mesmo autor, tomando por base Entralgo, denominou intracorpo e extra corpo, sendo estas duas dimensões de um processo unitário.

É na relação com os outros, relação sempre corporalizada, que identificamos o que o outro é para cada um de nós, não uma identificação no “mundo das ideias”, mas através do corpo e pelo corpo. A identificação do outro como eu é estabelecer com ele uma relação social na qual nos constituímos e aprendemos. Esta relação provoca no outro uma autoidentificação e um processo que leva em consideração a identificação própria com a do outro. Assim, a relação entre os homens é uma relação constitutiva (Jana, 1995).

Remetendo esta situação para o presente estudo, a doença pode interferir com a relação e a identificação com a outra pessoa agora doente, bem como, pode condicionar a relação consigo própria e com a sua autoidentificação.



Assim, quando somos questionados acerca de como estamos as respostas “estou bem” ou “tenho passado mal” remetem para experiências íntimas do corpo próprio refletindo uma expressão imediata do existir e de estar existindo, dado que, a experiência do próprio corpo é parte fundamental do estar e sentir-se vivo num determinado contexto ou situação (Jana, 1995).

Desta feita, e tomando por base as palavras de Entralgo (1989, p.48), estas permitem-nos refletir acerca da experiência que temos acerca do nosso corpo e do modo como influencia a nossa identidade e o nosso estar no mundo, podendo estas palavras ser reportadas para quem é acometido por uma condição ou processo patológico assim: *“a minha experiência do meu corpo, o que o meu corpo me diz, enquanto meu, dá-me consciência clara ou obscura do meu existir, da minha identidade no tempo, do meu estar na vida, da realidade do mundo, enquanto mundo de coisas e enquanto mundo de pessoas, da minha situação nele, do meu poder e da minha limitação, da minha constitutiva necessidade de viver expressando-me e ocultando-me, na minha também constitutiva capacidade para a pretensão e para a apropriação dos múltiplos modos sob que o real se me pode apresentar”*.

A este respeito importa referir Jana (1995, p.82) quando diz o seguinte: *“A simples percepção da minha existência leva consigo a consciência clara ou obscura de um poder (que eu posso ser e fazer algo) e de uma limitação (que eu não posso ser e fazer tudo; mais ainda: que mesmo na execução do que posso o meu poder não é nunca total...)”*. Esta citação reflete bem o que acontece no caso dos doentes que serão objeto do presente estudo, no que se refere à sua percepção relativamente ao seu corpo doente e às limitações que o acometem.

Segundo o mesmo autor, três são as situações possíveis: a possibilidade, a dificuldade e a impossibilidade. Neste sentido como é possível saber se posso ou não, se me é fácil ou difícil, senão pelo e através do corpo, tratando-se esta de uma relação corpórea num mundo também corpóreo (Jana, 1995).

Assim, como refere Jana (1995, p. 84): *“Poder, limitação, fragilidade. Inexoravelmente a minha existência é simultaneamente poderosa, limitada e frágil, e assim a vivo quando projecto o meu futuro.”*

Em suma, é através do corpo que nos apercebemos do nosso poder e do poder dos outros, dado que pelo corpo exercemos poder enquanto sobre ele é exercido também o poder dos outros. Posto isto, o poder é o des/equilíbrio na relação em que o indicador é o nível de satisfação de cada um dos intervenientes (Jana, 1995).

Importa aqui referir as seguintes palavras de Dalai-Lama (2004, p. 47): *“Aconteça o que acontecer, nunca desencorajem. Aquele que diz: “Hei-de conseguir” alcança os seus fins. Se pensarem: “É impossível, não tenho todas as minhas faculdades, nunca serei capaz”, irão certamente falhar.”* Estas são duas formas de reagir perante a doença, sendo que, estas poderão ser observadas no caso dos doentes que integrarão este estudo.

Desta feita, estamos perante um corpo não apenas enquanto entidade físico-biológica, mas também influenciado pela sua dimensão constitutiva e expressiva do seu ser. Assim, segundo Vaz (1993), podemos falar de um Eu corporal, “um corpo vivido”, não no sentido apenas biológico, mas também intencional, através da qual o homem está no mundo em situação interveniente e ativa.

Este conceito de “corpo vivido” é também descrito no Modelo de Ocupação Humana, desenvolvido por Kielhofner (2002), que descreve o foco de interesse da Terapia Ocupacional, área de formação da investigadora, pelo que consideramos pertinente aqui abordar.

Assim, na perspetiva desde modelo, a capacidade e a aptidão para o fazer são influenciadas tanto por componentes físicos e mentais objetivos, como pela experiência subjetiva, sendo estabelecida entre estes dois aspetos uma relação de reciprocidade. Posto isto, no seu modelo Kielhofner (2002) descreve o conceito de “corpo vivido” como se tratando da componente subjetiva da capacidade de desempenho, fundamental à forma de atuação de cada sujeito.

O mesmo autor, tomando por base Leder (1990), aplica a expressão “Corpo Vivido” para dar ênfase ao modo como cada um experiencia, ou seja, as vivências de cada um através do corpo. Ele descreve o “Corpo Vivido” da seguinte forma: *“A experiência humana é encarnada. Eu recebo o mundo que me cerca por intermédio dos meus olhos, dos meus ouvidos, das minhas mãos...”*

*As minhas pernas transportam-me até a um objetivo definido através de uma distância. As minhas mãos alcançam instrumentos... As minhas ações são motivadas por emoções, necessidades, desejos, provenientes de um “self-corporal”. As relações com os outros são baseadas no olhar e toque mútuo, na linguagem, sentimentos e perspetiva.”* (p. 83)

Kielhofner (2002), seguindo a teoria de Leder (1990), na elaboração do Modelo de Ocupação Humana, aplica o conceito de “Corpo Vivido”, no que se refere à experiência de ser e conhecer o mundo através de um corpo em particular. O conceito de “Corpo Vivido” aplica-se tanto à incorporação humana no geral, como a formas únicas específicas de incorporação, associadas à incapacidade, tal como a que ocorre no caso das pessoas acometidas por um AVC.

Seguindo a linha de pensamento de Merleau-Ponty (1994), os dois aspetos da «corporeidade», de forma alguma se opõem, no mesmo corpo que é «estrutura» vivida», é também o lugar do aparelho cognitivo onde acontecem os processos cognitivos.

Assim, corpo não é um objeto, nem a consciência do corpo é um pensamento e, trate-se do corpo de outrem ou do corpo próprio, não outra forma de o conhecer, que não seja vivendo-o, ou seja, assumir o que o afeta e confundir-se com ele. Em suma, Ribeiro (2003, p.19) conclui que “*eu sou o meu corpo (...) e reciprocamente o meu corpo é como um sujeito natural, como um esboço provisório do meu ser total*”. Tomando por base esta perspetiva, a experiência do corpo não apenas se opõe ao movimento reflexivo que separa sujeito e objeto, como também reclama para o corpo um papel decisivo nos processos da consciência.

O mesmo autor refere que o corpo é vivido como “*uma unidade psicofísica, uma estrutura emocional e cognitiva subjacente a todo o comportamento intencional*, sendo os mecanismos fisiológicos “*condições de possibilidade dos comportamentos afectivos*” (Ribeiro, 2003, p.20).

Esta unidade-estrutura ocupa um espaço e move-se nele ao longo do tempo, constituindo um fenómeno e construindo uma história, sendo que, é esta condição de espaço-temporalidade do corpo que possibilita que as regulações

biológicas tenham uma relação de interdependência com as situações existenciais. Neste sentido, Ribeiro (2003, p. 20), tomando por base Giddens (1994), refere que o corpo é *“um objecto no qual temos o privilégio, ou a condenação, de habitar; é fonte de sensações de bem-estar e prazer, mas também o local de doenças e de pressões”*.

Mas o corpo também se trata de uma realidade subjetiva, que cada um vive, à margem do que cada um sabe dele. Cada um tem com o seu corpo uma relação imediata e esta vivência é, em cada momento impregnada de memória e de vivências passadas e de expectativas de vivências futuras. Assim, a corporeidade trata-se de um fenómeno-história e, é sobre esta continuidade das vivências corporais que se constitui e constrói o sentimento de identidade pessoal (Ribeiro, 2003).

### **1.3 Corpo, Tempo e Espaço**

Um corpo não pode ser (corpo) sem estar num lugar ou a ocupar um espaço no mundo das coisas, assim, à espacialidade do corpo está intimamente ligada a sua temporalidade, ou seja, a corporeidade coloca o ser humano simultaneamente no espaço e no tempo (Ribeiro, 2003).

A este respeito, Jana (1995, p.55) refere que o corpo não diz apenas *“eu existo”*, diz também *“eu sou”*.

Corroborando o que aqui foi dito importa focar a seguinte frase de Pascoaes (1993, p. 99): *“Somos estátuas de tempo ocupando um certo espaço. Um corpo cria espaço ou limita-se a ocupá-lo? O espaço corporiza-se a fim de captar o tempo, originando o ser humanizado, (...)”*.

Neste sentido, no espaço que o corpo ocupa, o lugar corporal, que se refere ao espaço significativo que onde corpo vivido se situa e se move, cada indivíduo reconhece o seu volume, formas e proporções, sendo que, a consciência destas experiências faz parte da autoimagem de cada um, refletindo-se também na autoestima e nas relações interpessoais que cada um estabelece com quem o rodeia (Ribeiro, 2003).

Na perspectiva defendida por Jana (1995, p. 66), *“o meu estar no mundo é um estar espacializado num mundo também ele espacializado ou espacial”*.

Na partilha do espaço com os outros, vive-se a sua presença, ou a sua ausência, ora com prazer, ora com pesar, no entanto, a distância de separação pode ser aumentada ou reduzida, consoante o significado que a presença ou ausência tem para cada um. Assim, é a partir do lugar ocupado pelo corpo, ou seja, o corpo localizado, considerado para cada indivíduo o centro do mundo, que ocorre a categorização das coisas e pessoas que ocupam o contexto e se efetua a análise dos comportamentos, sendo que, é através da relação que se estabelece com o corpo que se apreciam os fenómenos naturais, comportamentos pessoais ou os eventos sociais (Ribeiro, 2003).

O corpo sabe-se e conhece-se espacialmente. A espacialidade interna, vivida denomina-se “esquema corporal”, imagem dinâmica onde convergem e se combinam elementos fornecidos pelos sistemas tácteis, visuais e musculares e que se projetam no exterior dando um significado e ordenação, nomeadamente na definição do aqui, em cima, em baixo, etc. focando-se este aspeto pelo fato de na população estudada se ver muitas das vezes comprometida esta capacidade que interfere com a experiência e a noção do próprio corpo (Jana, 1995).

Mas o espaço exterior, estruturado e delineado a partir do interior, é também um espaço vivido, caracterizando-se pelo espaço das relações e pelo fato de para onde o corpo está lançado ou projetado intencionalmente (Jana, 1995).

No entanto, nenhum lugar no mundo é tão significativo como o lugar do corpo de cada um, que não pode ser ocupado por mais ninguém. A este respeito torna-se importante focar as seguintes palavras de Entralgo, na sua obra *Corpo e Alma* (2003, p.34): *“A consciência interna do corpo não é uma soma de sensações localizadas nos órgãos. A consciência do nosso corpo é-nos dada como um todo mais ou menos articulado, independente e anterior a todas as sensações orgânicas (...) A conexão do “eu” e do “corpo” não é uma conexão empírico-indutiva ou associativa, mas uma conexão essencial para toda a consciência finita.”*

Assim, o ponto de vista de cada indivíduo é pessoal e ninguém pode ver ou viver o mundo como cada um o vê e o vive. Para que isso acontecesse, em rigor, seria necessário que cada um se metesse na pele do outro (este facto acontece no caso das pessoas com doença, na medida em que, mesmo conhecendo o seu ponto de vista, não conseguimos entrar na sua pele para o conhecermos mesmo a fundo, permanecendo este estritamente pessoal) (Ribeiro, 2003).

A consciência que temos do mundo está intimamente ligada com a in/satisfação que sentimos na relação com as coisas, que poderá estar alterada na sequência do acontecimento patológico que afeta a população do presente estudo (Jana, 1995).

Outro dos aspetos que se inscreve no corpo é o tempo e o nosso corpo evidencia essa temporalidade. Tal como pelo corpo sou espacial, também pelo corpo sou temporal: vivemos temporalmente. Assim, um mesmo corpo tem mundos diferentes nas diferentes etapas da sua existência individual e o ter de sentir ou dizer agora que me permite situar no constante fluir da existência de cada um, partindo das quais permite a experienciação das diferentes etapas da temporalidade: o antes, depois, cedo, tarde, etc. Posto isto, a existência de cada um é cursiva e essa cursividade é imposta pelo corpo, porque o tempo é corporalmente vivido (Jana, 1995).

A vida no agora, o corpo no agora é marcado por um tempo... presente, passado e futuro! Um tempo presente marcado, muitas vezes, pela nostalgia do passado, revelador de uma esperança no futuro. Este aspeto vai de encontro ao que é exposto por Vergílio Ferreira (2011, p.87), no seguinte: “... *o futuro e o passado irradiam de nós, são o eco da nossa voz, a extensão da nossa hora, se assim é, o tempo do homem é cada instante que ele vive*”.

Podemos referir que o agora, o presente já não existe, já foi reduzindo-se tudo ao passado e futuro, não sendo esta a experiência que temos do tempo, uma vez que com base nesta, apenas o presente existe e tudo o resto já foi ou ainda há de vir. Nesta perspetiva estamos no tempo vivido, além era o tempo absoluto (Jana, 1995).

Merleau-Ponty (1994) foca um tempo impessoal que se esgota, mas também de um tempo pessoal ao qual se está preso. O passado permanece dentro de cada um como um verdadeiro presente, não se distancia de nós e escondendo-se atrás do nosso olhar e em lugar de dispor-se diante dele.

Como já foi focado, o homem vive no presente (que são projeções do passado e do futuro), tempo este que não se fecha em si mesmo, mas lança-se constante e espontaneamente para uma nova unidade de presente, dado que o homem vive temporalmente projetado no futuro. No entanto, o homem vive também num mundo entendido como realidade que existe de forma independente do ato de percepção atual (Jana, 1995).

Este facto possibilita ao homem a projeção para um tempo e realidade diferente da atual, ou seja, querer o que ainda não é num tempo que ainda não é. Este aspeto pode ser revisto na população do presente estudo, na medida em que são várias as vezes e as situações nas quais se constata a projeção para um tempo e realidade diferentes da atual, nomeadamente, passado e o tempo no qual não se encontravam afetados nem limitados pela condição patológicas, referindo memórias preservadas do seu corpo são, ou em contrapartida, o futuro, e a esperança que depositam na sua recuperação para um estadio e nível similar ao episódio patológico do qual foram acometidos (Jana, 1995).

Jana (1995, p. 55) foca a ideia de que “*Sem necessidade de qualquer raciocínio, eu sinto – eu sei – que sou o mesmo que ontem*”, sendo que este ontem se refere a um tempo que recua até à emergência da consciência de cada um e que o remete para aquilo que cada um vem sendo, dados fornecidos pela memória sempre repleta de vida vivida nas suas diferentes dimensões, nomeadamente, corporalmente vivida.

Virgílio Ferreira (2011, p. 93) refere que “*O passado e o futuro podem ser o tempo do acontecer imediato, da realidade tangível, da concreta projecção de um «eu» que se projecta, como podem ser a abertura do absoluto no ontem e no amanhã.*” Assim, cada um de nós interage e se abre ao mundo a partir do seu corpo e de acordo com o regime de funcionalidade do mesmo, num contexto atual no qual se salienta e enaltece o oposto daquilo que esta nova condição acarreta e representa.

Segundo Ribeiro (2003), quando cada pessoa pensa no corpo vivido representa-o como uma síntese de experiências corporais presentes, passadas e, possivelmente, de experiências futuras antecipadas, sendo esta evocação, em maior ou menor grau, proporcionadora de experiências agradáveis ou desagradáveis, ou dito de outro modo, a representação que cada um faz do corpo não é apenas visual, é inevitavelmente investida de afetos (Ribeiro, 2003).

Neste sentido, há um historial de experiências corporais fortes, que acarretam sentimentos de prazer, ou em contrapartida de sofrimento, que cada um viveu, ou espera ainda viver e, por todas estas experiências, cada um pode gostar, ou não do seu corpo (ou de partes dele) (Ribeiro, 2003).

Reportando-nos agora para as pessoas acometidas por um processo patológico, ao percorrerem a história das suas experiências corporais é passível de se verificar que a sua satisfação ou insatisfação com o seu corpo tem altos e baixos, como se os seus corpos tivessem deveres a cumprir e, nesta nova condição, o corpo os cumpra, ora melhor, ora pior, ou até mesmo, deixa de poder cumprir determinadas funções (Ribeiro, 2003).

A identidade de cada um não é uma identidade pura de um eu puro e quando referimos “*eu sou este*”, esta afirmação demonstra e caracteriza-se pela história pessoal de cada um, pela imagem corporal, pelas relações mantidas com os outros e o lugar que é ocupado na sociedade (Jana, 1995).

Jana (1995) foca a questão da amnésia e da perda da informação propriocetiva que podem ser exemplos causadores de perturbação da identidade de cada um, limitando a pessoa na sua capacidade de ser, ou de continuar sendo, afetando a consciência de si e a capacidade de se ser com os outros. Neste sentido, Jana (1995, p. 55) refere que “*por obra do meu corpo ou porque sou o meu corpo, continuo sendo o mesmo que era ontem*”.

Tomando por base estas palavras e os exemplos de condições patológicas dados, podemos reportar os factos citados para a população estudada, dado que, muitos destes padecem de amnésia ou de défices propriocetivos causados pelos AVC dos quais foram acometidos. Assim, este facto acarreta compromisso e limita a capacidade de ser de cada um dos sujeitos



em estudo e por conseguinte a consciência que cada um tem de si e a capacidade para se ser com os outros estão grandemente afetadas.

Importa referir Turner (1994) quando se refere à tensão que existe entre o ser interior e a aparência exterior que deverá ser enquadrada num contexto social e temporal. Existe, assim, um tempo interior que se impõe ao tempo exterior desdobrando-o passando a existir vários tempos dentro do tempo, surgindo o tempo subjetivo, o tempo de cada um (Cunha e Silva, 1995). Neste contexto é vivenciada a tensão entre o corpo exterior e o interior que evoca sentimentos de escravidão, de dualidade e de oposição do sujeito e o seu corpo (Alves, 1999).

Esta situação de tensão é revista e revivida diariamente por aqueles a quem o passar dos anos não perdoa ou são acometidos por alguma doença que os impede de atingir as metas a que se propõem à velocidade imposta pela sociedade, sentindo-se incapazes e colocados à margem, pensando sempre no que eram, comparando-se no que se tornaram agora num diálogo que, na maioria das vezes, não é fácil, que denota a dificuldade pela assunção de um novo Eu e de uma nova identidade para a qual ainda não estão preparados para assumir.

Nesta linha de pensamento, Alves (1999) tomando por base Elias (1993), constata o confronto vivenciado pelo homem singular, no caso do estudo em questão, o homem acometido por alguma patologia, que a partir dessa altura se sente separado de todos os que o rodeiam por um muro invisível, como uma “caixa” que o isola do “exterior” e que contém a verdadeira pessoa, o seu verdadeiro “eu”.

Todos atribuímos ao nosso corpo determinadas funções (biológicas, psicológicas, sociais) e avaliamos constantemente os seus níveis de desempenho, confrontando-o com as nossas aspirações e expectativas. No entanto, a experiência que temos do nosso corpo é diversificada, ou seja, reconhecemos nele uma grande variedade de competências com as correspondentes prestações, neste sentido, pelo que cada um de nós conhece do seu corpo, sabe o que lhe pode solicitar no presente e com o que, possivelmente, poderá contar no futuro (Ribeiro, 2003).

Esta situação pode não se verificar nas pessoas acometidas por um processo patológico, na medida em que, decorrente do mesmo poderão deixar de conhecer o seu corpo e não conseguir prever o que podem pedir-lhe no presente, nem antecipar com o que poderão contar dele no futuro. Neste sentido há uma espécie de confronto entre o seu corpo doente com as memórias ainda preservadas do seu corpo são, ou seja, há uma comparação entre o seu nível de funcionalidade no presente, com que eram capazes de realizar no passado.

#### **1.4 Corpo objeto *versus* Corpo sujeito**

Quando observamos um corpo humano, o que é captado pelos sentidos é um objeto físico e, segundo a perspetiva Merleau-Ponty (1993), uma coisa entre as coisas. Segundo o mesmo autor, o corpo próprio, mais do que uma coisa vista de facto («eu não vejo as minhas costas»), ou como refere Padre Manuel da Costa (1991) nem «vejo os meus olhos», é «visível de direito», no sentido de que está ininterruptamente exposto à «visão inevitável e diferida». E, estando inseridos na cultura ocidental (cartesiana), acostumamo-nos a pensar no ser humano como sendo composto de corpo e espírito e a identificar o eu com o espírito, e a pensar o corpo como propriedade da pessoa (o meu corpo, o corpo de fulano) (Ribeiro, 2003).

Tratando-se de objeto físico, o corpo partilha o espaço com outros objetos físicos, incluindo outros corpos humanos, lugar corporal, a partir do qual se orienta no espaço que o rodeia, possui também uma dimensão temporal ou duração. Assim, no corpo, ou pelo corpo, cada indivíduo vive o presente, organiza o seu passado (revive o já viveu) e o futuro (antecipação do que está para viver) (Ribeiro, 2003).

Na realidade existe mais do que uma forma de representar o corpo-objeto, na medida em que, pode ser apresentado como um organismo, sendo esta a representação oficial do corpo humano, no caso de haver alguma preocupação com o seu funcionamento interno, particularmente quando se verifica alterações

do estado de saúde. No entanto, em função da vida social, do cotidiano e em alturas significativas, a atenção recai sobre a aparência exterior do corpo, prestando muita atenção à imagem refletida no espelho. Contudo, tal como refere Ribeiro (2003), nenhuma destas representações corresponde, de um modo exato, ao objeto representado.

Aspetos relacionados com o autoconhecimento, a autoconsciência, e a autoimagem passam também pelo corpo. O corpo não é apenas exterioridade ou biologia, é simultaneamente exterioridade e interioridade, é sede de vida, no entanto, sem a vida nas suas diferentes manifestações, nas quais se inclui a psíquica, o corpo não é humano. Assim, é a matéria complexa e dotada de organização que possibilita o espírito, é a linguagem, a cultura e o movimento que o desenvolvem, no entanto, sem o espírito, o corpo perde o seu estatuto ontológico de ser humano (Sérgio, 2004).

A passagem do corpo-objeto ao corpo-sujeito poderá significar a criação de um mundo no qual cada uma das pessoas se sinta sujeito e não objeto. Ao passar do corpo-objeto, ou seja, corpo que temos, ao corpo-sujeito, o corpo que somos, o corpo surge como uma complexidade, ou como elemento da complexidade humana (corpo-alma-desejo-natureza-sociedade) (Sérgio, 2004).

Um dos aspetos que faz variar a perceção acerca da representação do corpo é a cultura, dado que, a conceção do corpo está subjacente a inúmeras crenças e práticas populares. Trata-se, na maioria das vezes, de um corpo indissociável da pessoa e o seu funcionamento não segue a racionalidade de qualquer modelo mecânico estando integrado na comunidade no qual circulam energias e outras influências (Ribeiro, 2003).

Este fato acarreta que cada indivíduo disponha de diferentes imagens ou representações do corpo. Ribeiro (2003), tomando por base Paul Valéry (1957), refere três modos de perceção e de uso do corpo próprio. Assim, o primeiro trata-se do corpo que se manifesta na relação imediata com o eu, ou seja, o corpo que cada um tem. O segundo é o corpo que é evidenciado aos outros na aparência, que assume a função social. Finalmente o terceiro corpo é o que se prende com o saber médico, o anatomofisiológico, aquele que se conhece na

medida em que foi objeto de estudo. Havendo ainda um quarto corpo, que assenta na fiscalidade dos três referidos, mas a transcende, sendo o corpo da corporeidade, cujo conhecimento está dependente da resolução de problemas vitais, no entanto, resiste ao conhecimento, sendo um corpo-mistério (Ribeiro, 2003).

Para Borges (2003) é essencial distinguir entre o corpo objeto e o corpo sujeito ou corpo próprio. Neste sentido, o homem é um corpo que diz “eu”, o que significa que não se configura como um simples corpo biológico, mas, tomando distância em relação a si mesmo é um corpo pessoal, em permanente processo de personalização, tal como refere Ferreira (2011, p. 73) nas seguintes palavras: *“Porque eu sou o meu corpo – e um melanésio o soube, quando a descoberta de si foi a do corpo que tinha. No puro acto de estar vivo ele é o absoluto que eu sou. Decerto o esquecemos ou parecemos esquecer no pressuposto de que ao falarmos num «eu» estamos falando no corpo com que somos esse «eu» ou em que o «eu» é o que é”*. Enquanto corpo-pessoa o homem faz a sua história, encontrando-se inserido na história da própria humanidade e da natureza. Neste sentido, já não se deve dizer *“o meu corpo e eu”*, mas *“o meu corpo: eu”* uma vez que se trata de um corpo que tem a capacidade de dizer de si próprio “eu” (Borges, 2003; Entralgo, 2003).

Seguindo esta linha de pensamento, Entralgo (2003, p.67), como resposta à questão *“O que é que sou?”* refere que *“Sou um corpo vivo que no nível de um determinado tempo histórico, este em que vive, trata de entender-se a si mesmo. (...) Mas eu ainda não sei o que serei, pois, a minha história e a história do mundo ainda não estão encerradas”*. Por isso, e dado que *“por essência o Homem é um ente gerundial”*, refere também *“Eu vou sendo o que era e o que sou, e desde o que era e o que sou movo-me para o que serei.”*

## 2. Saúde Versus Doença

*“‘Deficiente’ é aquele que não consegue modificar sua vida, aceitando as imposições de outras pessoas ou da sociedade em que vive, sem ter consciência de que é dono do seu destino.*

*‘Louco’ é quem não procura ser feliz com o que possui.*

*‘Cego’ é aquele que não vê seu próximo morrer de frio, de fome, de miséria, e só tem olhos para seus míseros problemas e pequenas dores.*

*‘Surdo’ é aquele que não tem tempo de ouvir um desabafo de um amigo, ou o apelo de um irmão. Pois está sempre apressado para o trabalho e quer garantir seus tostões no fim do mês.*

*‘Mudo’ é aquele que não consegue falar o que sente e se esconde por trás da máscara da hipocrisia.*

*‘Paralítico’ é quem não consegue andar na direcção daqueles que precisam de sua ajuda.”*

*Mário Quintana*

### 2.1 Evolução dos conceitos de Saúde e Doença

Os eventos relacionados com saúde, doença, vida e morte são pessoais, no entanto, são também sociais, dado que, a saúde e a doença são fenómenos sociais, com significados, causas e soluções contextualizadas a nível social. De facto, qualquer aspeto da performance humana apenas pode ser entendido de um modo pleno, num contexto social mais amplo (Morral, 2009).

Ao longo dos últimos milhares de anos assistiu-se a profundas alterações e a história da saúde e da doença vem sendo construída, desde os tempos mais

longínquos, a partir de significações sobre a natureza, das funções e estruturas do corpo e ainda, tendo por base as relações corpo-espírito e pessoa-ambiente. A história da medicina mostra que essas significações têm sido diferentes ao longo dos tempos, constituindo, pois, diferentes narrativas sobre os processos de saúde e doença (Albuquerque & Oliveira, 2002).

Todos os avanços que se registaram no decorrer dos tempos acarretaram também alguns inconvenientes graves à saúde humana e a mudança dos padrões de mortalidade desde os primórdios da história humana até ao presente denomina-se transição epidemiológica. À medida que se assiste a cada vez um menor número de mortes na sequência da malnutrição e infeções, especialmente na infância, há um crescente número de indivíduos a desenvolver outro tipo de doenças não transmissíveis consoante envelhecem (Lieberman, 2015).

Em jeito de contextualização Battin (2009) tomando por base S. J. Olshansky e Brian Ault, foca um relato da transição epidemiológica composta por quatro fases. Assim, focam o período desde os primórdios da história humana até meados de 1850, o qual designam pela «idade da peste e da fome».

Nos primórdios, o Homem primitivo atribuía os fenómenos de saúde e doença a entidades sobrenaturais, associando-os à punição ou à recompensa, consoante os seus atos, sendo que, esta interpretação, limitada ao conceito teológico, ainda prevalece atualmente, em menor escala (Martins, 2005).

Desta interpretação sobrenatural primitiva, evoluiu-se nas civilizações antigas (grega, romana, egípcia), para uma interpretação natural, isto é, física, sendo que, nesta perspetiva, as causas que determinam o processo de saúde e doença têm origem no corpo, daí que, a saúde seja definida por um bem-estar físico. Pertence a Hipócrates, 460 anos antes de Cristo, a primeira interpretação natural do binómio saúde/doença, substituindo a causalidade divina pela causalidade física, explicando as origens da doença a partir de um desequilíbrio entre as forças da natureza que estão dentro e fora da pessoa (Martins, 2005).

Durante longo período de tempo e até meados de século XVI, dominaram estas duas interpretações. Com o evoluir dos tempos, foram-se identificando fatores ambientais como causa de doença, tendo surgido, durante a Idade Média, a Teoria dos Miasmas, a qual defendia a doença era causada por certos odores venenosos, gases ou resíduos nocivos (do grego *miasma*, mancha) que se originavam na atmosfera ou a partir do solo. Essas substâncias seriam posteriormente arrastadas pelo vento até a um possível indivíduo, que acabaria por adoecer (Martins, 2005).

Esta teoria, aceite pelos pensadores e cientistas da época, foi mais tarde confirmada, especialmente a partir do século XVII, devido ao aparecimento de meios que permitiram a identificação de microrganismos causadores de doença. Foi neste período, que se deu início ao conhecimento científico relativo à saúde, passando a considerar-se que toda doença corresponderia a uma causa, presumivelmente decorrente da ação de um organismo já conhecido ou a descobrir (Martins, 2005).

Na transição do século XVIII para o século XIX, a consciência do perigo das doenças, em especial, das epidemias, era um fator cada vez mais determinante na transformação das mentalidades (Crespo, 1990).

Pessoas de toda a parte do mundo e de todos os grupos morriam principalmente de epidemias e de doenças parasitárias e infecciosas exacerbadas por deficiências nutritivas e doenças endémicas, sendo estas as causas mais frequentes de morte dos seres humanos. Doenças como a gripe, pneumonia, diarreia, varíola, tuberculose, malária, sarampo eram as causas mais frequentes de morte desta altura (Battin, 2009).

A noção de pecado como aspeto explicador da doença, tornava-se cada vez mais ineficaz, começando a esboçar-se outras formas mais eficazes de explicar o mal dos Homens. Esta temática deixava de ser apenas religiosa para adquirir contornos políticos e económicos cada vez mais notórios que começavam a exigir outras formas de gestão da doença, acarretando comportamentos mais ajustados e menos dominados pelas questões da caridade e de sacrifícios eminentemente salvadores (Crespo, 1990).

Importa focar a segunda fase da transição epidemiológica compreendida durante o período entre 1850 e 1929, que ficou conhecido como a Idade da Diminuição das Pandemias, estando associado ao desenvolvimento do saneamento público, à teoria do germe da doença, aos métodos antissépticos e ao facto dos profissionais de saúde terem aprendido que lavar as mãos depois de assistirem um paciente, antes de verem o seguinte, assim como, ao início da imunização, com Edward Jenner, primeiro contra a varíola e depois contra outras doenças. Esta fase inclui ainda padrões característicos de mortalidade devido a doenças infecciosas, por vezes crónicas, de propagação frequentemente rápida que podem afetar a população de uma forma imprevisível e rápida (Battin, 2009).

Na transição do século XVIII para o século XIX destaca-se um período de reflexão acerca das condições de higiene nos meios rurais e urbanos. Nomeadamente no início do século XIX, os médicos e outros responsáveis pela administração local focavam uma situação cada vez mais caótica que cada vez se tornava mais notória (Crespo, 1990).

Esta situação agravou-se aquando da instalação das pessoas em aldeias e à medida que a população aumentava e se agregava em vilas e cidades, as condições tornaram-se ainda mais insalubres e fétidas e um dos maiores problemas passava pelo vazamento das fossas sépticas que contaminavam os lençóis freáticos e os cursos de água que abasteciam as populações, o que acarretava diarreias constantes e epidemias de cólera (Lieberman, 2015).

De uma forma global, as atenções recaíam para o contexto urbano, em que a maioria deste se transformava em autênticos esgotos, assim como para o ambiente rural nos quais se constatava a presença de rios poluídos e de terrenos encharcados com água estagnada que acarretavam um conjunto de doenças. As miseráveis condições de vida das populações da época e a salubridade das povoações era agravada pela indisciplina dos habitantes que não seguiam normas que estavam estabelecidas na época (Crespo, 1990).

Nesta altura, a higiene era deplorável e a racionalização dos processos de limpeza, quer a nível individual como coletivo, sugeridos pelas autoridades, encontrava inúmeros obstáculos na mentalidade popular, dado que não era



simples modificar os velhos hábitos da população, tais como, a organização de despejos, viver longe dos animais, afastar os cadáveres, facto agravado pelas miseráveis condições de alojamento que aumentavam as dificuldades sentidas na altura e não promoviam a modificação dos comportamentos (Crespo, 1990).

Apesar das fossas insalubres, com o desenvolvimento da economia agrária, as cidades atraíam cada vez mais população que procuravam trabalho e mais oportunidades económicas, e até meados de 1900, as taxas de óbito eram mais elevadas nas grandes cidades do que nas zonas rurais o que levava a um fluxo constante de migrantes para manter a dimensão das populações urbanas (Lieberman, 2015).

Assim, nos inícios do século XIX há a destacar as deficiências ao nível da higiene e da terapêutica, detentores de um estatuto de perigosos fatores causais de doença e morte. Esta situação era marcada por graves problemas de sanidade geral e confirmada não só por aqueles que padeciam destes, mas também pelos teóricos que distanciados desta problemática, destacavam a higiene pública o principal objeto das suas reflexões (Crespo, 1990).

A acompanhar estas condições sanitárias miseráveis que levavam as pessoas a adoecer e até morrer importa referir o parco conhecimento médico dos profissionais da saúde desta época (Lieberman, 2015).

No início do século XIX não se constataavam grandes alterações comparativamente ao passado, dado que, os curandeiros e charlatães continuavam a exercer funções, nomeadamente em zonas rurais, muitas das vezes autointitulando-se como médicos e sendo bem aceites pelos doentes. No entanto, importa referir que, a dada altura, a perseguição aos «falsos médicos», passou da literatura a ser uma realidade operada pela policia que tinha como a responsabilidade de fazer respeitar a lei, limitando competência através de uma atuação repressiva (Crespo, 1990).

Para tal, a entidade policial recorria à ajuda médica e em conjunto encetavam esforços para terminar com o charlatanismo e reduzir os barbeiros, cirurgiões e parteiras aos limites permitidos da prática que lhes era autorizada.

Esta situação de denuncia do charlatanismo revelava-se importante até para a própria sobrevivência da classe médica (Crespo, 1990).

Até à Revolução Industrial, segundo Lieberman (2015), o progresso médico passava por substituir conceitos ignorantes por charlatanismo, dado aos poucos conhecimentos existentes acerca de como lidar com as doenças civilizacionais como pragas, anemias, carências vitamínicas e gotas, problemas que se iniciaram e acabaram por ser uma consequência da Revolução Agrícola.

Na época alguns dos remédios populares usados, embora ineficazes, incluíam sangrias copiosas, imersão em lama ou ingestão de pequenas quantidades de veneno, como mercúrio. Outra situação passava pela não existência de anestésias, e as práticas de higiene prévias a implantação de procedimentos médicos, tal como arrancar um dente ou dar à luz um bebé, raramente eram postas em prática. Esta situação levava a que pessoas sensatas evitassem os médicos, que na altura acreditavam que as doenças eram causadas por desequilíbrios dos quatro humores básicos: bílis amarela, bílis preta, fleuma e sangue (Lieberman, 2015).

A era industrial levou a muitos avanços ao nível da saúde humana e, embora numa fase inicial da Revolução Industrial os primeiros tempo fossem complicados, no espaço de poucas gerações, as inovações tecnológicas, no campo da medicina, governamentais e da saúde pública levaram à criação e desenvolvimento de soluções eficazes para muitas das doenças de incompatibilidade causadas pela Revolução Industrial, especialmente as contagiosas, que eram agravadas pelo facto das condições de insalubridade da época (Lieberman, 2015).

Com o avançar da Revolução Industrial, assistiu-se à melhoria das condições urbanas, como consequência do desenvolvimento da medicina moderna, do saneamento e das condições governamentais. De facto, as transformações económicas da Revolução Industrial estiveram intimamente ligadas às revoluções contemporâneas da medicina, saneamento e saúde pública, que como consequência, levaram à procura de bens e serviços e ao aumento da procura de produção económica (Lieberman, 2015).

Durante a década de 1920, num período posterior à enorme epidemia de gripe, a mortalidade humana resultante de doenças infecciosas e parasitárias começa a diminuir (Battin, 2009).

Um dos grandes avanços na medicina e que revolucionou a saúde humana prendeu-se com a descoberta dos micróbios e a subsequente forma de os combater. O desenvolvimento dos microscópios levou a descobertas e descrições destes «animáculos», como eram designados na época, e mais tarde, com Louis Pasteur desenvolveu a pasteurização, método que ajudou a evitar milhares de milhões de infeções e milhões de mortes. Estas descobertas criaram o novo campo da microbiologia e abriram caminho a um sem números de novas descobertas e à identificação de bactérias que provocavam doenças como a cólera, o antraz, a gonorreia, a lepra, entre outras (Lieberman, 2015).

Outra importante descoberta prendeu-se com o facto de muitas doenças serem provocadas e transmitidas por mosquitos, piolhos, pulgas, ratas e outros animais. Posteriormente surgiram as drogas, destacando-se a penicilina, que começou a ser produzida massivamente a partir da Segunda Guerra Mundial (Lieberman, 2015).

Numa fase posterior à Segunda Guerra Mundial a epidemiologia começou a interessar-se pelas doenças crónicas: cardiovasculares, reumáticas, endócrinas e cancerígenas (Corbin, Courtine & Vigarello, 2013).

Importa agora referir a terceira fase, compreendida entre aproximadamente 1920 e a década de 1960, denominada Idade das Doenças Degenerativas e de Origem Humana. As doenças predominantes começam a ser as cardíacas, o cancro, a trombose, a falência orgânica e as doenças neurológicas, sendo este quadro reforçado pelo desenvolvimento dos antibióticos, responsáveis pelo controlo das doenças anteriores (Battin, 2009).

A doença crónica significa a longa coabitação do doente com a falha orgânica que o acomete. A identificação de inúmeras anomalias nos limites de uma normalidade leva o doente a um nível de intimidade com a medicina que lhe

possibilita aprender a integrar a sua particularidade no seu projeto de vida e na sua própria imagem (Corbin, Courtine & Vigarello, 2013).

Patologias tão distintas têm em comum a sujeição a procedimentos de sobrevivência, sendo que o doente se torna parceiro do especialista e completa os conhecimentos obtidos pelos manuais através das suas aprendizagens pessoais. A aventura vai residir na descoberta de um corpo sujeito a condições tidas como limite, tornando-se o corpo como um objeto de negociações contínuas com as normas enunciadas pelo poder médico (Corbin, Courtine & Vigarello, 2013).

O Século XX caracteriza-se por uma medicalização sem precedentes, em que a medicina baseada na evidência se tornou um guia de vida e não apenas o principal recurso em caso de doença, ditando regras de comportamento, condenando prazeres e encetando um conjunto de recomendações justificadas pelo contínuo progresso dos seus conhecimentos relativos ao funcionamento do organismo e a vitória que reivindica sobre as doenças, constatada pelo aumento da longevidade (Corbin, Courtine & Vigarello, 2013)

Este desenvolvimento, não afetou apenas a área de saúde, mas toda a sociedade no seu conjunto, pelo que, as tecnologias, que não pararam de evoluir, permitindo que o acesso das pessoas à informação fosse cada vez mais fácil, aumentando os seus conhecimentos em vários domínios, tornado, desta forma, o mundo mais acessível e próximo (Mendes, 2008).

O conhecimento dos múltiplos fatores que influenciam a saúde do Homem trouxe uma nova perspectiva de saúde. A medicina foi estudando os fenómenos ligados ao mal-estar humano e determinando as suas causas o que levou ao conhecimento de múltiplos fatores intervenientes no processo de saúde/doença. A par dos fatores de natureza fisiológica e anatómica, estudados tradicionalmente, passaram também a considerar-se como causadores de doença, fatores socioeconómicos, culturais e ecológicos. A medicina social foi assim adquirindo um valor cada vez mais importante, passando a doença a ser considerada e estudada numa perspectiva global, considerando-se na análise das

situações, quer o ambiente familiar, quer o meio onde as pessoas vivem e trabalham (Martins, 2005; Mendes, 2008).

De uma forma global, a identificação e a classificação das doenças era um problema tido em elevada consideração e que acarretava muita preocupação à classe médica, dado que, a caracterização de uma doença era tida como elevada importância para a descoberta do mal, sendo um passo importante para a seleção da terapêutica mais ajustada e consequentemente para a sua eliminação (Crespo, 1990).

No entanto, era comum que as diversas condições nosológicas se contradissem deixando os médicos na dúvida acerca do que tinham em mãos e, consequentemente apresentavam reflexos negativos na terapêutica utilizada, uma vez que esta se apresentava, como uma elevada frequência, de um modo diferente nos diversos sistemas nosológicos (Crespo, 1990).

Neste contexto, a doença surgia como um desequilíbrio obtido em determinadas condições exteriores ao corpo, num quadro de verdadeiras relações dialéticas. Assim, seguindo esta linha de pensamento, a medicina dedicava-se à compreensão do organismo, cujas reações não ocorriam no espaço interior do corpo, mas se dirigiam para o meio envolvente (Crespo, 1990).

Assim, os médicos começaram a perceber que a realidade múltipla e complexa que os rodeava e à qual tinham de dar resposta não poderia subordinar-se aos excessos de classificações rígidas, mas, pelo contrário, exigia o exercício da imaginação e criatividade (Crespo, 1990).

Em meados dos anos 60, surge nos Estados Unidos da América, uma nova teoria explicativa dos fenómenos de saúde/doença, o *lifestyle-risk factor* (Human Population Laboratory, 1966; Belloc, 1972; Berkman, 1983, citado por Graça, 1999). Segundo esta teoria, determinados comportamentos individuais ou estilos de vida (por ex., o tabagismo, o sedentarismo e os maus hábitos alimentares) podem constituir fatores de risco e poderão ser determinantes para o desenvolvimento de doenças crónicas, de elevada mortalidade (por ex., cancro do pulmão, doenças cardiovasculares e diabetes) (Martins, 2005).

Assim, desde meados de 1960 até ao período atual, este quadro caracteriza, principalmente o mundo desenvolvido e é conhecido como a Idade das Doenças Degenerativas Adiadas, dado que, com o desenvolvimento das tecnologias avançadas de apoio à vida e a outros progressos da modernidade, morremos destas doenças, mas em idades mais avançadas (Battin, 2009).

O século XX vangloriou-se das suas vitórias sobre as doenças e com o aproximar do seu final, a experiência de doença e da morte mantida à distância e acompanhada de um sentimento de renascimento e de gratidão.

Por outro lado, de uma forma global, a ciência era confrontada com inovações constantes que, por um lado, podiam ser reveladores de um futuro promissor, como, em contrapartida, poderiam ser o motivo para desabar antigas convicções. Neste contexto em ebulição, os conflitos entre as teorias médicas tomavam o lugar quer no pensamento, quer nas ações, assistindo-se assim ao nascimento de uma nova medicina (Crespo, 1990).

A prática sistemática da antibioterapia, justificada pela necessidade de um rápido regresso às responsabilidades laborais e sociais, possibilita a diminuição do período de convalescença, e neste contexto, os médicos prescrevem tratamentos mais enérgicos que possibilitem uma diminuição do tempo de convalescença do doente, de modo a que este retorne o mais precocemente possível às suas atividades diárias, laborais, escolares e sociais (Corbin, Courtine & Vigarello, 2013).

Outra situação constatada prende-se com uma maior raridade da experiência da doença na infância, facto que se deve à vacinação cada vez mais sistematizada e obrigatória e que remete a experiência da doença para idade mais tardias na história individual de cada um (Corbin, Courtine & Vigarello, 2013).

Para além da diluição constatada no tempo da doença, esta também se verifica no espaço, o que se reflete no facto de os hospitais deixarem progressivamente de serem focos de potenciais infeções, na diminuição do número de camas de internamento e no facto de estes deixarem de ser

remetidos a espaços entrincheirados por muros altos, afastados de tudo e de todos e passaram a estar organizados e instalados em locais centrais que promovem a coexistência de pessoas doentes e saudáveis. Este facto é também promovido pela criação dos centros de saúde e dos tratamentos domiciliários que promovem o conceito de uma coabitação fraterna e equivalente entre pessoas doentes e saudáveis (Corbin, Courtine & Vigarello, 2013).

Esta transição epidemiológica ainda está a acontecer e nos 40 anos entre 1970 e 2010, assistiu-se, em todo o mundo, a uma diminuição de 17% de mortes decorrentes de doenças infectocontagiosas e a malnutrição e ao aumento da esperança média de vida aumentou cerca de onze anos, e em contrapartida, a percentagem de mortes por doenças não transmissíveis aumentou 30%. Assim, com um número crescente de pessoas a viver mais tempo, um maior número sofre de incapacidade e em termos técnicos, a diminuição da taxa de mortalidade tem vindo a ser acompanhada por um aumento da taxa de morbilidade (Lieberman, 2015).

Hoje em dia, o aumento da esperança média de vida levou a que um idoso possa viver mais dezoito a vinte anos, no entanto, pode também contar com uma morte mais lenta em sequência de patologias mais comuns na atualidade. A título exemplificativo, algumas vítimas de ataque cardíaco morrem em pouco tempo, no espaço de minutos ou horas, mas a maioria dos idosos com problemas cardíacos sobrevive durante anos, tendo como comorbidades como hipertensão arterial, insuficiência cardíaca congestiva, fraqueza geral e doença vascular periférica. Muitos pacientes com cancro também sobrevivem durante anos após o diagnóstico graças a tratamentos como a quimioterapia, radiação, cirurgia (Lieberman, 2015).

Além de que, muitas das outras principais causas de morte na atualidade são doenças crónicas como a asma, Alzheimer, diabetes tipo 2, doenças renais, assistindo-se a um aumento na ocorrência de doenças crónicas não fatais, tais como a osteoartrite, a gota, demência e perda auditiva (Lieberman, 2015).

Posto isto, nos nossos dias assistimos na atualidade a um novo paradoxo. Se por um lado os maiores níveis de riqueza, os avanços nos cuidados de saúde,

saneamento e educação, desde o advento da Revolução Industrial, possibilitaram melhorias profundas ao nível da saúde e da qualidade de vida, nomeadamente nos países mais desenvolvidos. Por outro lado, a humanidade enfrenta novas problemáticas que mal se pensavam há poucas gerações, dado que, hoje em dia, as pessoas enfrentam uma probabilidade mais elevada de adoecerem com novas doenças de incompatibilidade, como a diabetes tipo 2, doenças cardíacas, osteoporose, cancros, patologias quase inexistentes ou de baixa prevalência durante a maior parte da história evolutiva (Lieberman, 2015).

Uma das formas de se quantificar a extensão da morbilidade que se assiste hoje em dia é através dos Anos de Vida Ajustados em função da Incapacidade (AVAI), que mede o fardo global de uma doença como sendo o número de anos perdidos devido à má saúde mais a morte. Tendo em conta o crescimento populacional, assistimos, hoje em dia, a um maior número de pessoas que sofrem de incapacidade crónica resultante de doenças não transmissíveis, assim, o número de anos esperados de vida de alguém afetado com cancro aumentou 36%, com doenças cardíacas e circulatórias aumentou 18%, com doenças neurológicas 18%, com diabetes 13% e com doenças músculo-esqueléticas aumentou 11%. Neste sentido, a terceira idade, para muitas pessoas, associa-se a várias incapacidades e a gastos em saúde elevados (Lieberman, 2015).

Muitas das condições nosológicas estão diretamente relacionadas com o envelhecimento e as torna mais prevalentes à medida que as populações crescem e que uma maior percentagem da população seja de idade mais avançada. Lieberman (2015) apresenta algumas estimativas que indicam que o número de anos que se vive com incapacidades aumentou mundialmente 28% só devido ao crescimento populacional, e quase 15% por haver agora mais idosos. No entanto, o mesmo autor refere que, por cada ano de vida acrescentada, desde 1990, apenas 10 meses são saudáveis e no ano de 2015 houve mais pessoas acima dos sessenta e cinco anos do que abaixo deste número e quase metade dos que se encontram acima dos cinquenta anos estarão a sofrer de alguma patologia, dor ou incapacidade que exija cuidados médicos.



## **2.2 Definições dos conceitos de Saúde e de Doença**

Passando em revista os últimos séculos da nossa história, verificamos como têm variado os conceitos de saúde e de doença. Assim, até ao século XIX, quando se desconheciam as causas de muitas doenças, quando os médicos dispunham de poucos meios para curar as doenças ou, mesmo, para combater o sofrimento, quando o desespero se instalava perante a impotência para impedir o agravamento das situações, não é de estranhar que o binómio saúde/doença fosse aceite em função de boa ou má sorte, numa atitude fatalista para com estes conceitos (Mendes, 2008).

Durante século XIX foi reconhecido o direito à doença, sendo este reconhecido pelo Estado-providência. No decorrer do Século XX viu-se reclamado um novo direito do homem, o direito à saúde, entendida como uma realização da pessoa, vista em concreto como um direito aos cuidados médicos (Corbin, Courtine & Vigarello, 2013)

Posto isto, em meados do Século XX, o conceito de saúde modificou-se e, com o passar dos anos, foi adquirindo um significado mais amplo e completo, sendo que, em meados dos anos 20, e muito especialmente depois da Segunda Guerra Mundial, à medida que se ampliavam os conhecimentos científicos e se tinha acesso a técnicas e tecnologias cada vez mais sofisticadas, foi possível identificar novos agentes causais de doenças, fazer melhores diagnósticos, utilizar novos medicamentos e usar técnicas cirúrgicas mais seguras e com melhores níveis de recuperação (Mendes, 2008).

A introdução e desenvolvimento do espírito crítico e científico nas múltiplas áreas do conhecimento humano, assim como, a compreensão dos fenómenos sociais e a sua influência no bem-estar das populações, vieram determinar a evolução dos conceitos de saúde e de doença (Martins, 2005).

Desta feita, no início do século XX surgiram estudos sociológicos e antropológicos que destacavam que a doença, a saúde e a morte como sendo categorias relacionadas com os modos de agir, sentir e pensar de cada

sociedade e estes não poderiam ser reduzidos a evidências orgânicas, naturais e objetivas, pelo que, ao serem considerados estes elementos na definição da saúde, doença e morte no seio de cada sociedade, começa-se a compreender que estes fenómenos são realidades construídas no seio de cada período histórico e cultural (Ferreti, Sá & Corralo, 2013)

Na ótica de Scliar (2007), focado por Busato, Antoniolli & Ferraz (2013), o conceito de saúde é reflexo do contexto social, económico, político e cultural, não representando o mesmo para todos os indivíduos. Este autor refere que este conceito varia para cada indivíduo de acordo com a época, contexto, classe social, valores individuais, concepções políticas, científicas, filosóficas e religiosas de cada um. Assim, o que pode ser saudável para uns, pode não significar o mesmo para outros indivíduos ou populações (Busato, Antoniolli & Ferraz, 2013)

Segundo Morral (2009), o conceito de saúde é muito incongruente. Até muito recentemente, a interpretação de saúde referia-se à ausência de doenças do foro corporal ou mental, incapacidade em realizar as suas atividades da vida diária ou que fossem tidas como angustiantes para a família e comunidades. Assim, a saúde foi definida, durante um longo período de tempo, como a ausência de doença.

Na sequência deste facto, os serviços de saúde estavam vocacionados e estruturados para atender os doentes e dar resposta às necessidades da população em termos de doença, pelo que, a “saúde” era entendida como “ausência de doença”, tendo o médico, como agente (Mendes, 2008).

Mendes (2008), tomando por base Goldim (2002), refere que o centro das atenções era a doença em si, o controlo da sua evolução e o retorno ao estado de não doença eram os objetivos de todas as ações tomadas, sendo que, a doença era, de forma inversa, conceituada como “falta ou perturbação da saúde”.

As atuais definições de saúde descrevem o Homem não como um elemento isolado, mas como um ser social que vive e faz parte da sociedade, influenciando-a, ao mesmo tempo que dela recebe as suas influências às quais se vai adaptando (Morral, 2009).

As recentes teorias em torno da temática da saúde, começaram a considerar a pessoa como um todo e a relacionar os seus estados com as características da sociedade e o meio onde cada um se insere (Martins, 2005; OMS, 1946).

Posto isto, a saúde é entendida como pleno desenvolvimento das potencialidades físicas, mentais e sociais do Homem, tendo em conta, como principais fatores, a carga genética e a procura permanente do equilíbrio com o ambiente, sendo que, a perceção da saúde já não passa apenas pelos níveis prevenção primária, secundária e terciária, indo mais além, questionando como é que as pessoas utilizam as suas potencialidades de saúde e de que forma respondem positivamente às exigências (físicas, biológicas, psicológicas e sociais) de um ambiente em constante alteração (Martins, 2005).

Segundo Mendes (2008), a saúde não é uma condição é uma adaptação, não é um estado, mas um processo que adapta o indivíduo ao meio ambiente não só físico, mas também social.

Esta autora, tomando por base Goldim (2002), acrescenta que, com a introdução da noção de que a saúde é um processo continuado e interdependente de preservação de vida foi também criada uma nova dimensão social, passando a saúde a ter também um critério de cidadania, pelo que, todos os cidadãos são também responsáveis pela manutenção da sua saúde.

No entanto, este facto não exclui o Estado, o médico e outros profissionais de saúde das suas responsabilidades, agregando uma variável fundamental de respeito ao indivíduo, doente ou sadio, através do compromisso social solidário na consecução do objetivo maior de garantir condições dignas de vida a cada ser humano. Deste modo, a saúde abrange aspetos individuais e coletivos, envolvendo questões ambientais e sociais (Mendes, 2008).

Neste sentido constata-se que a preocupação com a saúde prevalece tacitamente sobre a doença, ênfase dado pelo facto de saúde ser a palavra-chave do século XX e ao ser afirmado em 1949 o direito à saúde como uma preocupação universal, reforçada pela OMS, que o dotou como um novo direito

do homem consagrado na maioria das Constituições Nacionais (Corbin, Courtine & Vigarello, 2013).

Assim, na atual definição de saúde da OMS, já reconhecida universalmente, que considera a saúde um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, estão implícitos múltiplos fatores que se interligam e que influenciam a saúde do homem (Martins, 2005; Morral, 2009; OMS, 1946).

A OMS (1986), de forma a expandir e tornar mais objetivo o conceito de saúde definiu-a como sendo a extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve. Assim, a saúde passa a ser vista como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não o objetivo de vida.

Estas definições formais de saúde exprimem uma evolução da operacionalização do conceito. Em geral, a saúde define-se pela positiva, no sentido em que afirma que se caracteriza pela presença de determinadas características ao invés de manifestar através da ausência de outras (Mendes, 2008).

A definição já acima mencionada tornou-se uma referência incontornável, propondo um novo ideal, preferindo a noção positiva de saúde à ausência de doença ou de uma deficiência conhecida (Corbin, Courtine & Vigarello, 2013).

Mendes (2008), tomando por base Ferreira (1990), refere a saúde positiva, como sendo o estado do organismo que se aproxima da situação em que não sofre de doença ou de perturbação não sintomática que conduza à doença. De uma forma geral, atualmente não se avalia a saúde positiva das pessoas, mas procura-se conhecer a extensão e os efeitos da doença, avaliando a mortalidade e morbilidade, ainda que com diferenças acentuadas na eficiência da colheita de dados e da sua análise.

Nesta definição clássica de saúde, estão incluídos no mesmo conceito a saúde física ou corporal, a saúde mental ou psíquica, assim como é feita

referência ao novo tipo de saúde social. Assim, esta definição, por um lado, está mais próxima da realidade, por outro lado, acarreta algumas dificuldades na mensuração do fenómeno a que se refere, face à necessidade de definir o que se entende por bem-estar, conceito que não reúne unanimidade de opiniões e cuja quantificação é algo problemática (Mendes, 2008).

Nesta definição, está também implicada a ausência de doença ou enfermidade, significando este aspeto que, a não poderem ser evitados estes estados anormais, torna-se importante o seu tratamento de forma a ser restabelecido o estado normal de saúde (Mendes, 2008).

Posto isto, atualmente a saúde é entendida como uma situação de equilíbrio entre o nível físico, psíquico e socioambiental, neste sentido, mais do que prevenir a doença, importa hoje prevenir a saúde (Martins, 2005).

A medicina ultrapassa assim os limites restritos dos tratamentos de doenças e começava a atuar sobre a prevenção dos males que afetavam as populações (Crespo, 1990).

A promoção da saúde começou a ser equacionada com a Declaração de Alma-Ata (1978), tendo o seu desenvolvimento na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986). Esta carta constituiu uma fonte de inspiração e de orientação para posteriores ações (Martins, 2005).

Esta Carta salienta que as questões relativas à saúde devem ser uma responsabilidade partilhada pelo sector saúde e os outros sectores governamentais e não governamentais, com vista à promoção de estilos de vida saudáveis, assim como, o bem-estar global (OMS, 1986).

Assim, nesta I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde foi reafirmado: *“A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Factores políticos económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é*

*construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros.” (OMS, 1986).*

Mais do que uma atividade, a promoção da saúde deve ser considerada uma estratégia que urge incorporar em todas as dimensões da vida - individual, social e ambiental e espiritual, dado que não é por acaso que os hospitais, mesmo públicos têm capelas e um capelão, além de que, a espiritualidade é uma dimensão do ser humano reconhecida como um fator que contribui para a saúde e à qualidade de vida. Deve estar inserida numa estratégia global de proteção à saúde que visa o desenvolvimento da saúde nos vários sectores: saúde ocupacional, saúde ambiental, saúde alimentar, saúde oral, entre outros. O conceito de promoção da saúde assente, no paradigma salutogénico valoriza os fatores que interferem positivamente na saúde e, a ação sobre estes fatores, deverá ser multidirecional e multidimensional, apelando ao contributo de diferentes disciplinas e sectores (Martins, 2005).

Esta situação pode ser revista nas seguintes palavras de Sontag (1998, p. 104): *“Ao passo que noutros tempos cabia ao físico conduzir a guerra contra a doença, hoje ela envolve toda a sociedade. De facto, a transformação de tal guerra numa ocasião de mobilização ideológica tornou a ideia de guerra útil como metáfora para toda a espécie de campanhas de reformas cujos objectivos se definem como a derrota de um «inimigo».”*

Atualmente a saúde, é considerada um dos bens mais preciosos, que requer que sejam encetadas medidas no sentido de prevenir a doença e investir na saúde e valorizando positivamente os fatores que a determinam. Nesta fase assiste-se à passagem do investimento na prevenção da doença para o investimento na prevenção da saúde (Martins, 2005).

No entanto, segundo Sontag (1998, p. 105): *“as guerras contra a doença não são meros apelos a um maior zelo e à aplicação de mais fundos na investigação. A metáfora materializa a maneira como as doenças particularmente temidas são vistas como «outro» estrangeiro, tal como os*

*inimigos na guerra moderna; e o deslizar da demolição da doença para a atribuição da culpa ao paciente torna-se inevitável, ainda que se considere os pacientes como vítimas. Uma vítima sugere inocência. E a inocência, pela inexorável lógica que governa todos os termos relacionais, sugere culpa.”*

Neste sentido, os conceitos de saúde e doença, longe de serem tidos como entidades opostas, ajustar-se-iam em diferentes níveis em cada indivíduo, sendo a doença tida como uma vicissitude da saúde, inclusivamente um elemento constitutivo desta. Segundo Georges Canguilhem (1943), amparado em Corbin, Courtine & Vigarello (2013, p. 27): *“no fundo a doença é apenas uma provação inevitável, cujo princípio tem como objectivo testar e reforçar as defesas do organismo. A doença não estigmatiza, muito pelo contrário, caracteriza de certa forma o ser vivo.”*

No que se refere à definição de doença esta refere-se à experiência subjetiva de mal-estar, algo que cada pessoa sente como não estando bem e que o leva a procurar o médico (Morral, 2009).

O conceito de doença, para além da presença de sinais e sintomas, centra-se sobretudo na vivência subjetiva de “mal-estar” e na incapacidade para continuar a realizar as atividades do dia-a-dia (Mendes, 2008).

Segundo Sontag (1998, p. 11), *“A doença é o lado sombrio da vida, uma cidadania bem pesada. Ao nascer, todos nós adquirimos uma dupla cidadania: a do reino da saúde e a do reino da doença. E muito embora preferíssemos usar o bom passaporte, mais tarde ou mais cedo cada um de nos se vê obrigado, ainda que momentaneamente, a identificar-se como cidadão da outra zona.”*

Relativamente às origens da doença ressalta-se a desculpabilização do indivíduo em relação à sua situação. Ela é vista como exterior aos sujeitos e fundamentalmente provocada pelo ambiente, contaminação ou algo que mesmo proveniente do próprio não lhe é possível controlar (Mendes, 2008), tal como refere Sontag (1998, p. 55): *“A doença é em parte aquilo que o mundo fez à vítima, mas numa parte mais significativa àquilo que a vítima fez do mundo e de si própria.”*

A doença não era considerada apenas uma geografia, devendo ser considerado o tempo, a multiplicidade dos tempos: o tempo de ação e de reação do corpo aos diferentes estímulos, os tempos de alternância do frio e calor, do excesso e da fome, das frutas, das epidemias e da guerra. Assim, o conjunto de relações estabelecido pelo médico no corpo doente e entre este e o espaço/tempo envolvente era a constituição, ou seja, a doença e as suas circunstâncias. A constituição, não excluindo a importância dada aos fatores ligados ao espaço durante o qual a doença evoluía, dava ênfase à dimensão temporal dos fenómenos (Crespo, 1990).

Deste modo, a doença organizava-se no quadro de uma duração, numa linha de irreversibilidade que colocava os fenómenos organizados de uma certa ordem, neste sentido, a doença tinha um princípio que se desenvolvia segundo múltiplos contornos até à resolução final. A doença tinha também um carácter cíclico, dado que voltava todos os anos, nas mesmas estações, de acordo com os ritmos do mundo. Neste sentido, a doença não se tratava de uma entidade isolada e revelava-se no tempo que a organizava e dava-lhe um sentido (Crespo, 1990).

### **2.3 Atitudes perante a Saúde e Doença**

A atitude de cada pessoa face aos fenómenos de saúde e doença resulta, em grande medida, de concepções de origem individual e social que advêm das experiências prévias e da noção de bem-estar corporal (Mendes, 2008).

De acordo com Sua Santidade Dalai-Lama (2000, p. 12): *“O desejo ou a propensão para procurar a felicidade e evitar o sofrimento não conhece fronteiras. Está na nossa natureza. Como tal, não precisa de justificação e é validado pelo simples facto de a desejarmos natural e legitimamente”*, facto que acontece mais marcadamente no caso das pessoas doentes.



De acordo com Mendes (2008), tomando por base Herzlich (1969), a linguagem da saúde e da doença estrutura-se pela relação do indivíduo com os outros e com a sociedade na qual se insere, estabelecendo-se assim a relação e os ajustamentos do indivíduo à mesma.

Se a saúde constitui um elo para a correspondência social, na imagem da doença, pelo contrário, reflete-se a doença como exterior ao indivíduo, isto é, produto e imposição, derivada do seu modo de vida e ao mesmo tempo de um conjunto de normas que lhe são impostas, sendo estas a expressão do papel de doente. Deste modo, até certo ponto, a saúde e a doença constituem a forma como o indivíduo interpreta e se relaciona com a sociedade (Mendes, 2008).

Assim, o que é considerado como doença é culturalmente contextualizado e o termo doença pode não significar uma referência a um estado biológico ou fisiológico, mas apenas um sinal indicativo de um estado de incapacidade ou de desajustamento pessoal que pode ou não ter fundamento biológico (Mendes, 2008).

Todos os indivíduos detêm uma explicação lógica, no seu sistema cultural, para a doença e para a saúde, da mesma forma que, a representação dos papéis dos profissionais de saúde, a concepção de doença, a explicação das suas causas e as propostas de tratamento, variam de cultura para cultura. Assim, segundo Sontag (1998, p. 54), *“A doença revela desejos de que possivelmente o doente não tinha consciência. Doenças – e pacientes – têm agora que ser decifradas.”*

Segundo Mendes (2008), tomando por base Duarte (1998), para a maioria das pessoas, o estar doente representa uma situação nova e contingente e, conseqüentemente tentam adaptar-se e compreender o que se passa numa tentativa de obter o controlo da situação (Mendes, 2008).

Rezer & Reggio (2013), tomando por base Gadamer, referem que os enigmas relacionados com a doença permitem afirmar o grande milagre da saúde, nomeadamente a felicidade proporcionada pelo bem-estar e pela leveza da vida. Os mesmos autores, focando Weizsäcker, corroboram as anteriores

palavras acrescentando a importância de aceitar as limitações de cada um e aludindo para a importância da necessidade de nos aprendermos a ouvir.

Assim, a relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o paciente passa a deixar de existir, na medida em que se opera um esforço coletivo no sentido de se constituir um processo colaborativo indivisível procurando o autoconhecimento com o objetivo de esquecer-se de si como condição fundamental para o viver bem, sendo considerada a experiência da saúde e da doença como algo sempre em movimento (Rezer & Reggio, 2013).

Atualmente, segundo Giddens (2009), temos vindo a assistir a alterações profundas no que se refere às questões ligadas com a medicina e à prestação de cuidados de saúde, proporcionando aos indivíduos um papel mais ativo no seu tratamento, na medida em que o relacionamento entre os especialistas da classe médica e pacientes tem vindo a mudar, fato que leva a que sejam procuradas cada vez mais respostas ao nível de medicinas «alternativas».

O mesmo autor refere que esta procura se justifica com o facto de que, para algumas pessoas, a medicina convencional não lhes traz resposta ao nível do alívio de dores crónicas, sintomas relacionados com o stress e ansiedade, assim como, aumentam os receios em torno dos efeitos secundários da medicação e do carácter intrusivo dos métodos cirúrgicos, abordagens mais utilizadas na medicina convencional. É também relevante aludir à existência de longas listas de espera e das múltiplas consultas em cadeia instituídas pelos sistemas de saúde, bem como as restrições financeiras e de outro tipo que existem na maioria das vezes.

Posto isto, a relação de poder assimétrica entre médicos e pacientes, leva à procura de outras formas de resposta, nomeadamente a medicina alternativa. Neste sentido, os pacientes sentem que nesta relação assumem muitas vezes um “papel passivo”, não sendo detentores de um poder decisivo acerca do seu tratamento e processo de cura (Giddens, 2009).

Nas palavras de Sontag (1998, p. 131): *“Etimologicamente, paciente é aquele que sofre. Não é o sofrimento enquanto tal o que mais se teme, mas o*

*sofrimento que degrada. Que a doença pode ser mais que uma epopeia de sofrimento, tornando-se uma ocasião para uma espécie de auto-transcendência, é o que afirma a literatura sentimentalista e, de modo mais convincente, os relatos de casos expostos em escritos de médicos.”*

A mesma autora cita John Donne e a sua obra em prosa sobre a doença, *Devotions upon Emergente Occasion* (1627), escrita num momento em que pensava que ia morrer, na qual descreve a doença como um inimigo que invade, que impõe um cerco ao corpo-fortaleza: *“Estudamos a Saúde, e deliberamos sobre as nossas viandas, bebidas, ares e exercícios; assim como talhamos e polimos cada uma das pedras que entram nesta construção; e é assim a nossa Saúde um longo trabalho regular; mas num minuto um Canhão tudo destrói, tudo derruba, tudo abate; uma Doença imprevisível, muito embora toda a nossa diligencia; insuspeitada, muito embora toda a nossa curiosidade...”* (Sontag, 1998, p. 102).

Importa aqui introduzir a noção do papel de doente, no sentido de descrever os padrões de comportamento assumidos pela pessoa por forma a minimizar o impacto desorganizador que a doença tem sobre ela, na medida em que, a doença é vista como uma disfunção que poderá ter repercussões na execução das suas atividades do quotidiano, na medida em que a pessoa doente poderá não estar capaz de assumir todas as suas responsabilidades ou estar menos apto ou eficiente que o normal (Giddens, 2009).

Giddens (2009), tomando por base o sociólogo Talcott Parsons (1952), refere que as pessoas aprendem o papel de doente através da socialização, assumindo-o e desempenhando-o com o auxílio dos outros quando estão doentes.

Assim, o mesmo autor expõe que a pessoa doente não detém a responsabilidade de estar doente, na medida em que a doença é tida como o resultado de causas físicas que vão para além do controlo da pessoa, não estando o seu desencadeamento relacionado com as ações ou comportamentos da pessoa doente. Neste sentido, são atribuídos direitos e regalias à pessoa

doente, tal como o cancelamento das suas atividades e responsabilidades habituais.

Para além do aqui exposto, é importante referir que a pessoa doente se deverá esforçar no sentido de recuperar a saúde, sendo que o papel de doente é de natureza temporária, estando dependente da pessoa doente procurar ativamente recuperar a sua saúde (Giddens, 2009).

Esta definição do “papel de doente” foi refinada por outros sociólogos, na medida em que, segundo eles, nem todas as doenças são iguais, neste sentido, a gravidade da doença e a perceção da pessoa sobre esse facto influencia as reações da pessoa doente, fazendo variar a experiência do papel de doente (Giddens, 2009).

Este modelo do papel de doente, detentor de uma elevada importância a nível teórico, foi também objeto de críticas. Importando aqui referir, nomeadamente o facto de que as realidades da vida e da doença são fenómenos mais complexos do que o papel de doente parece sugerir. Para este facto, importa aqui referir a importância dada aos estilos de vida e saúde, na medida em que a pessoa adquire cada vez maior responsabilidade sobre o seu próprio bem-estar, o que contradiz a premissa de que a pessoa não é responsável nem culpada pela sua doença (Giddens, 2009).

Além de que, na atualidade destacam-se as doenças crónicas, comparativamente às doenças infecciosas agudas, facto que tornou o papel de doente menos aplicável, na medida em que não existe uma fórmula única para as pessoas com alguma incapacidade ou doença crónica seguirem, na medida em que, viver com uma doença é experienciado de maneiras diversas, quer pela pessoa doente, quer por quem a rodeia (Giddens, 2009).

Embora os sintomas da doença possam ser tidos como embaraçosos ou desorganizadores, no sentido de levar a vida de uma forma o mais normal possível, as pessoas desenvolvem um conjunto de estratégias de adaptação a esta situação (Giddens, 2009).

Da mesma maneira, a experiência de ter uma doença poderá transformar ou colocar em causa a noção de identidade pessoal da pessoa, quer na sequência das reações reais que os outros têm perante a doença, quer naquelas que são imaginadas. No caso dos doentes crónicos ou em estado de invalidez, as interações sociais, consideradas na maioria das vezes banais, podem tornar-se momentos de risco ou de incerteza, na medida em que os entendimentos ou momentos de partilha que se depreendem estar na base das relações quotidianas nem sempre se verificam quando está em causa situações de doença e/ou incapacidades (Giddens, 2009).

Acerca deste facto, podemos dar como exemplos desta situação o caso de uma pessoa doente necessitar de auxílio, sem, no entanto, querer demonstrar ser dependente, ou então um indivíduo sentir compaixão por uma pessoa a quem foi diagnosticada uma doença, mas não conseguir falar abertamente acerca desta situação. Assim, estas alterações ao nível das interações sociais poderão acarretar modificações na identidade pessoal (Giddens, 2009).

A consideração da saúde e da vida como aquilo que de melhor pode ter um ser humano é, sem sombra de dúvidas, tido como o grande fundamento do instinto de conservação que levou os homens, em qualquer altura, a procurar ajuda para combater os males que o levavam para a morte. Assim, é simples de encontrar nesta necessidade de apoio a principal razão para a procura de sentido e de apoio religioso, principalmente por parte dos mais desprotegidos. Pelo que, o recurso à religiosidade e a procura de aconselhamento médico complementavam-se nesta luta do homem contra o sofrimento e a dor, numa tentativa de retardo da morte inexorável (Crespo, 1990).

Desta feita, as questões ligadas à espiritualidade e à religiosidade são importantes de ser consideradas pelos profissionais de saúde, dado que, poderão ser como que mecanismos de fomento da esperança e de força para enfrentar quer as condicionantes do envelhecimento, quer das doenças que podem surgir com o avançar da idade ou mesmo em idades mais precoces, assim como, da morte (Zenevicz, Madureira, Hillesheim & Diehl, 2013).

Quando os aspetos ligados à espiritualidade não são valorizados e contemplados na prestação de cuidados esta situação poderá ser causadora de sentimentos de desconforto, prolongamento da doença e dos seus sintomas, o que poderá dificultar o processo de recuperação ou até aumentando a gravidade da situação (Zenevycz, Madureira, Hillesheim & Diehl, 2013).

Posto isto, considerar as questões ligadas à espiritualidade e da religiosidade nos serviços de saúde poderão contribuir para que o envelhecimento e/ou um processo ou condição patológica seja ultrapassado de uma forma mais “ligeira” e mais digna (Zenevycz, Madureira, Hillesheim & Diehl, 2013).

Neste sentido, é importante tentar perceber as questões ligadas à espiritualidade e religiosidade no processo de envelhecimento ou aquando do padecimento de alguma doença seja de que foro for, de forma a que se possa atuar (Zenevycz, Madureira, Hillesheim & Diehl, 2013).

Importa aqui focar que quer a velhice, quer a doença, são épocas onde são constantes sentimentos de reflexão relativos ao próprio eu, sobre aquilo que já foi vivido, sobre o passado, no entanto, é importante que não seja focado apenas aquilo que já passou, sob pena de não viver, mas apenas recordar. Estas épocas podem ser para muitos uma possibilidade de acertar e/ou corrigir erros, de forma a reorientar os seus percursos, os seus planos e a realização de sonhos ou desejos. Assim, as questões ligadas à espiritualidade e religiosidade poderão auxiliar na busca do sentido e do transcendente propiciando o aprimoramento e crescimento pessoal (Zenevycz, Madureira, Hillesheim & Diehl, 2013).

Estudos indicam que o bem-estar espiritual propicia fatores de proteção aquando do aparecimento de uma doença. Segundo Zenevycz, Madureira, Hillesheim & Diehl (2013, p. 121), tomando por base Durgante (2005), “*a tarefa primordial dos profissionais de saúde é a de curar, algumas vezes; aliviar, frequentemente; e confortar sempre*”. Desta feita, a participação em atividades que melhorem a consciência espiritual, proporciona sentimentos de bem-estar ou a prática de qualidades espirituais são tidas como alternativas que poderão

complementar as atividades da ciência médica aquando da prestação de cuidados de saúde.

Assim, aquando da prestação de cuidados de saúde é importante ter em consideração que a religião é um dos aspetos que tem influência direta na vida, na tomada de decisões, na adesão ao tratamento, na prática de hábitos de vida saudável e nas formas de considerar e enfrentar as questões e problemáticas ligadas à saúde/doença. Em certa medida, a religião como que enceta “prescrições” de práticas sociais, morais e alimentares que promovem a manutenção da saúde e do equilíbrio, havendo menções a estudos que referem que as crenças poderão prevenir a doença se os indivíduos seguirem os seus ensinamentos de uma forma correta (Zenevicz, Madureira, Hillesheim & Diehl, 2013).

Zenevicz, Madureira, Hillesheim e Diehl (2013), tomando por base estudos de Teixeira e Lefèvre (2008), referem que doenças graves como o cancro podem levar a pensamentos obscuros como o sofrimento, dor e até a morte. Nestes estudos, os autores referem que a fé dos indivíduos foi um fator motivador na procura pelo significado da vida e na capacidade de enfrentar a doença. Os resultados deste estudo poderiam ser extrapolados para outras doenças, como é o caso das que acometem os pacientes do presente estudo, que muitas vezes focam nos seus discursos referencias a questões relativas à religião e espiritualidade como modos de enfrentar as condicionantes da sua doença, de forma a minimizar os seus sintomas e sofrimento e obter uma maior esperança de cura.

### **3. Atividade/Exercício físico na recuperação do Acidente Vascular Cerebral**

#### **3.1 Acidente Vascular Cerebral**

O AVC é tido como a doença neurológica aguda de maior relevância, devido à sua incidência, espectro de idades em que ocorre e incapacidade que provoca (Intervenção Endovascular no AVC Isquémico Agudo Parecer da Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2016; Sá, 2009).

Dados obtidos a partir do relatório “Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números 2015”, apresentado pela Direção-Geral da Saúde, pela primeira vez, em Portugal, referem que o peso relativo das doenças do aparelho circulatório na mortalidade total se situou abaixo dos 30%, o que vem demonstrar o cumprimento das metas definidas pelo Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares.

De um modo geral, na sequência do trabalho combinado operacionalizado pela adoção de medidas preventivas adequadas e da organização dos serviços de saúde, tem-se vindo a assistir a uma melhoria de todos os indicadores relativo às doenças cérebro-cardiovasculares. A este respeito, salienta-se o funcionamento adequado das Unidades de Intervenção Coronária Percutânea no Enfarte Agudo do Miocárdio, em articulação estreita com o sistema de assistência pré-hospitalar de emergência (Vias Verdes Coronárias e do AVC) (DGS, 2015).

No entanto, apesar de todos os progressos, as doenças cardiovasculares mantêm-se como a principal causa de morte em Portugal, facto que justifica a sua manutenção no topo das prioridades no respeitante ao nosso planeamento em saúde. Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (2015), em 2014, o AVC isquémico representou cerca de 20 mil episódios e 250 mil dias de internamento.

Em Portugal é a primeira causa de mortalidade e de perda de qualidade de vida, sendo marcadamente prevalente nos mais idosos e responsável por



graus variáveis de incapacidade. De acordo com algumas estimativas, cerca de 6 pessoas sofrem um AVC em cada hora, de que resultam 2 a 3 óbitos. Anualmente, os AVC são responsáveis pela morte de 200 em cada 100.000 portugueses (Intervenção Endovascular no AVC Isquémico Agudo Parecer da Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2016; Sá, 2009).

No nosso país, a taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares diminuiu entre 2007 e 2011 de 79,9 óbitos por 100 000 habitantes para os 61,9. No entanto, este valor é ainda superior ao de outros países da Europa, cujas taxas de mortalidade se situam entre os 5 e os 6 óbitos por 100.000 indivíduos entre os 0 e os 64 anos (Direção-Geral da Saúde, 2013; Sá, 2009).

Estudos indicam que esta mortalidade elevada decorrente dos AVC poderá ficar a dever-se a uma elevada incidência e prevalência de doença vascular cerebral, bem como, a uma insuficiência de cuidados de saúde ao nível do diagnóstico e tratamento mais adequado. No que se refere à incidência do AVC, estudos realizados em diversas partes do mundo indicam como valores médios 200/100.000 habitantes/ano, apontando, segundo dados projetivos das Nações Unidas a ocorrência de 1,5 milhões de pessoas com AVC na Europa em 2015 (Sá, 2009).

Desde os anos 80 que se reconhece, em Portugal, uma elevada taxa de mortalidade decorrente dos AVC facto que, quando comparado com outros países europeus, mesmo incluindo países da Europa Ocidental, nos destacava pela negativa. A partir dos anos 90, na sequência de campanhas de sensibilização, da melhoria da organização dos cuidados de saúde no tratamento dos doentes com AVC e também como consequência da evolução dos tratamentos utilizados nas primeiras horas após surgirem os primeiros sintomas, tem-se assistido a uma redução da incidência do AVC. Esta incidência entre 1990 e 2000 cifrava-se nos 2,8/1000 habitantes/ ano. Nos anos entre 2000 e 2010, assistiu-se a uma redução para 2/1000 habitantes/ano, ou seja, como sublinha Lopes (2017), por cada 1000 habitantes, 2 sofrem um AVC.

Não obstante redução da incidência, assistiu-se a um aumento da prevalência, dado que a taxa de sobreviventes aumentou substancialmente no decorrer da última década. Assim, o AVC continua a ser a principal causa de morte e incapacidade permanente no nosso país. A cada hora, 3 portugueses são vítimas de um AVC, dos quais um não sobreviverá e pelo menos metade ficará com sequelas incapacitantes (Lopes, 2017).

No entanto, e não desconsiderando a elevada mortalidade na sequência dos AVC, a maior parte dos doentes com AVC sobrevive à fase mais aguda da doença (Sá, 2009).

Importa aqui focar que o cérebro, para manter um bom funcionamento, necessita de um fornecimento constante de sangue. A ocorrência de uma interrupção brusca do fornecimento de sangue e oxigénio para uma parte do tecido cerebral e das células nervosas, conduz à destruição de tecidos e danos na função cerebral, verificando-se a ocorrência de um AVC, desencadeando uma “reação em cadeia” que causa a morte destas células e até mesmo de células em volta da área afetada (O que é um AVC, s.d.).

Existem dois tipos de AVC, o isquémico e o hemorrágico. O tipo de AVC mais comum é o Isquémico, que ocorre quando um coágulo bloqueia uma artéria que leva o sangue para o cérebro. Este tipo de AVC pode ser devido: i) a uma trombose cerebral, que ocorre quando um coágulo de sangue se forma numa artéria principal em direção ao cérebro; ii) a uma embolia cerebral, que se verifica quando o bloqueio causado pelo coágulo, bolha de ar ou glóbulo de gordura (embolismo) se forma num vaso sanguíneo em alguma parte do corpo e é transportado via corrente sanguínea para o cérebro; iii) na sequência de um bloqueio nos pequenos vasos sanguíneos da parte mais profunda do cérebro (Associação AVC, 2009).

O AVC hemorrágico é descrito como um derrame, quando um vaso sanguíneo rebenta, provocando uma hemorragia a nível cerebral, podendo ser provocado por: -hemorragia intracerebral, quando um vaso sanguíneo rebenta dentro do cérebro; - hemorragia subaracnoídea, quando um vaso sanguíneo na

superfície do cérebro sangra para o espaço subaracnoide (área compreendida entre o cérebro e o crânio) (Associação AVC, 2009).

Por vezes, o AVC pode ter a duração de apenas alguns minutos, designando-se por Acidente Isquémico Transitório (AIT), cujos sintomas são idênticos aos de um AVC, mas reversíveis, sendo que os efeitos neurológicos desaparecem após um curto período de tempo. Cerca de 10% a 15% das pessoas que sofrem esse episódio, podem sofrer um AVC completo no prazo de 90 dias. Os primeiros dias após o AIT são os mais perigosos e, desta forma, a pessoa deve dirigir-se a um hospital para avaliação, realização de exames e tratamento adequado (O que é um AVC, s.d.).

Importa referir, como sublinha Sá (2009) que o AVC isquémico, pressupondo que os doentes são encaminhados em tempo útil para as urgências hospitalares, é passível de ser tratado em fase aguda com recurso a medicação promotora da recanalização arterial (terapêutica trombolítica), medicação que representou um enorme avanço para estes doentes.

Segundo Moraes (2014) no artigo: *“Lutar contra a mortalidade por doenças cardiovasculares: um desafio para a sociedade!”* o número crescente de doentes (aproximadamente 50%) que tem acesso a unidades especializadas de tratamento e que são submetidos a terapêutica trombolítica é um dos principais fatores que levou a uma diminuição da taxa de mortalidade que se verificou em Portugal.

O mesmo artigo enfatiza que existe um vasto caminho a desbravar de forma a otimizar o acesso dos doentes a unidades de saúde especializadas nesta terapêutica, no sentido de minimizar o tempo desde o princípio da instalação da sintomatologia até ao início da trombólise, nomeadamente pela implementação de percursos clínicos dentro das instituições de saúde e de um aumento das ações de sensibilização na comunidade para a deteção o mais precocemente possível dos sinais e sintomas do AVC.

No entanto, Sá (2009) sublinha que apesar das melhorias clínicas, muitos dos doentes afetados por um AVC ficam com sequelas e, reportando-nos agora

ao nosso país, como já referido, esta patologia é a principal causa de dependência e incapacidade.

Relativamente à temática da dependência, o mesmo autor salienta que esta situação acarreta deficiências do foro físico e psíquico, reforma antecipada, alterações da dinâmica e estrutura familiar, gastos acrescidos com consultas médicas e medicação, necessidade de um programa de reabilitação, e ainda, necessidade de alocação de recursos, situação esta que em muitas situações poderá levar a uma diminuição de bens monetários e materiais.

Por outro lado, Sá (2009) chama ainda atenção para o facto dos estados de dependência, embora maioritariamente reportados à população idosa, podem afetar também outras faixas etárias mais jovens, dado que, embora a frequência do AVC aumente com a idade, também se verifica em jovens, grupo etário no qual a etiologia é, por vezes, complexa de se definir.

### **3.2 Fatores etiológicos**

As doenças cardiovasculares assim como os AVC partilham um conjunto de causas predisponentes, nomeadamente um conjunto de fatores de risco potencialmente modificáveis (hipertensão arterial (HTA), valores sanguíneos alterados de lípidos e lipoproteínas, tabaco, inatividade física, obesidade, diabetes *mellitus* (DM), entre outros). Este facto enfatiza o papel que o estilo de vida pode desempenhar ao nível da origem dos AVC e de outras patologias cardiovasculares (Gordon et al., 2004).

Assim, tem sido dada uma maior ênfase à importância da modificação de múltiplos fatores de risco destas patologias, através da alteração de estilos de vida em associação com uma terapêutica farmacológica ajustada, no sentido de prevenir e evitar novos eventos cardiovasculares e AVC (Gordon et al., 2004).

No estudo de Gallanagh et al. (2011), foi possível verificar-se que, embora sendo já conhecidas várias abordagens preventivas aliadas às recomendações da *American Heart Association* (AHA), as quais por sua vez, aconselham a identificação dos fatores de risco modificáveis, inclusivamente a inatividade física como forma de diminuição da incidência de AVC recorrente, um número considerável de pacientes com AVC continua sem ter acesso a procedimentos de intervenção preventiva, mesmo no caso de países desenvolvidos.

Desta feita, as modificações que podem ser encetadas a nível comportamental são tão importantes como os procedimentos farmacológicos ao nível da prevenção de um AVC recorrente. Deste modo, e como sublinha Mendis et al. (2005) torna-se importante proceder-se à identificação dos fatores de risco e à aplicação de uma abordagem preventiva de novos eventos vasculares, assim como da diminuição da mortalidade e morbilidade e consequentemente, a diminuição dos custos ao nível dos serviços de saúde.

Assim, e de acordo com Smith et al. (2001) a ação conjunta obtida através da modificação de fatores de risco com a combinação de estratégias relacionadas com terapêuticas farmacológicas ajustadas e estilo de vida são tidas, hoje em dia, como iniciativas adequadas na prevenção de potenciais AVC recorrentes.

São vários os fatores de risco conhecidos como predisponentes à ocorrência do AVC. Estes podem ser divididos em modificáveis e não modificáveis. De entre os fatores de risco não modificáveis há a considerar aqueles cujas características não podem ser alteradas e que aumentam o risco de AVC ou potencialmente a sua recorrência, tais como, a idade, sexo, etnia, antecedentes familiares, fatores genéticos (Silva, s.d.).

Relativamente aos fatores potencialmente modificáveis, destacamos a HTA, a DM, a fibrilação auricular (FA), a dislipidemia, a presença de cardiopatias, a obesidade, síndrome metabólico (SM), o tabagismo, etilismo e sedentarismo (Silva, s.d.).

### **3.3. Atividade/Exercício físico<sup>2</sup> no tratamento do Acidente Vascular Cerebral**

A atividade/exercício físico têm um papel fundamental na adoção de um estilo de vida saudável e na prevenção de inúmeras doenças, contrariamente à inatividade física que representa uma significativa proporção de mortes prematuras em todo o mundo. No entanto, o estilo de vida atual retrata um conjunto de comportamentos tendencialmente menos ativos, fruto de um maior sedentarismo consequência de profissões cada vez mais sedentárias (Madeira & Agostinho, 2017).

Reportando-nos à realidade portuguesa, estima-se que cerca de 14% das mortes anuais se associem à inatividade física, um valor que como referem os mesmos autores é superior à média mundial, ou seja, abaixo dos 10%.

Os AVC constituem uma das principais causas de incapacidade e dependência a longo prazo. Estudos como os de Billiger et al. (2014) e Saunders et al. (2014) indicam que o AVC é, atualmente, tido como a terceira causa de incapacidade no mundo desenvolvido, sendo que, cerca de metade das pessoas que sobrevivem a um AVC apresentam incapacidade permanente.

O AVC raramente ocorre de forma isolada. Os doentes que sofreram um AVC apresentam níveis de prevalência elevada de outras condições de saúde, tal como: HTA, FA, dislipidemia, SM, DM (Billiger et al., 2014).

A inatividade física é considerada um fator de risco independente para a ocorrência de um AVC primário, havendo estudos que apontam que é responsável por 80% da incidência global de AVC (O'Donnell et al. 2010).

A população acometida com AVC apresenta níveis elevados de sedentarismo, fator que promove a aceleração do processo aterosclerótico, tendo como consequência o aumento do risco de AVC recorrente (Sacco et al., 1998).

---

<sup>2</sup> Importa aqui referir as definições de Atividade Física e Exercício Físico encontradas na literatura consultada. "Physical activity as any bodily movement produced by skeletal muscles that results in energy expenditure"; "Exercise is a subset of physical activity that is planned, structured, and repetitive and has as a final or an intermediate objective the improvement or maintenance of physical fitness." (Billiger et al., 2014; Caspersen et al., 1985).

Ainda segundo o mesmo autor, um baixo nível de atividade física após a ocorrência de um AVC poderá ser um fator predisponente a piores níveis de saúde cardiovascular e metabólica, o que poderá contribuir para um aumento do risco de um eventual AVC recorrente.

Estudos referem que indivíduos que apresentem um nível de atividade física moderada a vigorosa evidenciam um menor risco de incidência de AVC e de mortalidade, comparativamente a indivíduos com um nível reduzido de atividade física. Existem também referências que indicam que indivíduos com um nível moderado de atividade física apresentam um risco 20% menor de sofrer um AVC e, no caso de indivíduos com um nível vigoroso de atividade física, o risco ronda os 27% (Lee et al., 2003).

Segundo alguns estudos existe uma significativa evidência científica para uma relação inversa entre a realização de atividade física e a saúde cardiovascular. Assim, como sublinha Billiger et al. (2014) a realização de atividade física diminuta previamente ao AVC associa-se a sequelas mais graves e a uma menor recuperação funcional a longo prazo, facto agravado pela obesidade, comparativamente a pacientes com peso considerado “normal”.

Os mesmos autores sustentam que as variáveis referidas anteriormente, podem concorrer para a criação de um ciclo vicioso de realização de exercício físico diminuto e aumento da intolerância à realização de exercício, as quais levam a complicações secundárias tal como a diminuição da aptidão cardiorrespiratória, aumento dos níveis de fadiga, atrofia/fraqueza muscular, osteoporose e compromisso da circulação na extremidade inferior. Ademais, a sensação de dependência de terceiros para a realização de Atividades da Vida Diária (AVD) e das interações com os outros acarretam um impacto negativo a nível psicológico.

A maioria dos doentes com AVC apresentam sequelas, tais como, défices ao nível do movimento e função, mobilidade, equilíbrio, cognição, atenção, memória, linguagem, dor, sensibilidade, perceção, problemas emocionais e psicológicos, sendo que a recuperação total dos défices se reflete numa pequena proporção de doentes acometidos por esta patologia (Billiger et al., 2014; Saunders, et al., 2014).

Os “sobreviventes” de um AVC, por norma, e como já referido, tendem a ter um estilo de vida sedentário que acarreta um impacto negativo no desempenho das AVD, aumenta o risco de quedas e pode contribuir para o risco de AVC subsequentes ou outras patologias cardiovasculares. Um dos fatores que mais contribui para o sedentarismo relaciona-se com o aumento do gasto energético sentido após o AVC, além de que, é comum um aumento da sensação de fadiga que agrava e é agravada pelo sedentarismo (Billiger et al., 2014; Gordon et al., 2004).

As pessoas com historial de AVC encontram-se predispostas a uma vida sedentária e encontram-se, na grande maioria das vezes, descondicionados fisicamente, situação que traz repercussões no desempenho das AVD, aumenta o risco de quedas e contribui para o risco de recorrência de AVC e de outras patologias do foro cardiovascular (Gordon et al., 2004).

Como consequência da incapacidade funcional os doentes com AVC tornam-se cada vez mais sedentários, o que acarreta o desenvolvimento de potenciais complicações secundárias tais como a diminuição da aptidão cardiorrespiratória, atrofia muscular, osteoporose e alterações vasculares e circulatórias dos membros inferiores as quais poderão levar à formação de trombos e/ou úlceras de pressão. Estas alterações, segundo Jorgensen et al. (1999) acarretam um agravamento do estado de incapacidade funcional que têm um impacto negativo ao nível da autonomia e das relações sociais o que aumenta o tempo de inatividade.

As sequelas que acometem estas pessoas acarretam limitações ao nível do desempenho de atividades, nomeadamente nas AVD, mesmo no desempenho dos autocuidados mais básicos, nomeadamente o comer, beber, vestir-se, limitações que podem refletir-se até vários anos após a ocorrência do AVC. Este facto leva a restrições ao nível da participação em sociedade e na sua rotina habitual e acarreta, como consequência, uma vida cada vez mais sedentária. Este comportamento sedentário tem como consequência uma diminuição da aptidão cardiorrespiratória com resultados nefastos para estes doentes e a sua saúde (Billiger et al., 2014; Gordon et al., 2004).



O descondicionalismo físico e cardíaco são condicionantes comuns após a ocorrência de um AVC com implicações negativas para a sua recuperação, participação e desempenho na realização das AVD habituais, assim como, na repetição de potenciais AVC subsequentes (Boyne, et al., 2017).

Outro facto explicativo de uma diminuída aptidão cardiorrespiratória prende-se com a presença concomitante de outras patologias cardiovasculares, assim como, de consequências fisiológicas decorrentes do AVC, tais como: atrofia severa do hemicorpo afetado, aumento da gordura intramuscular, alteração do tipo e características das fibras musculares, aumento da expressão de citocinas inflamatórias envolvidas na atrofia muscular e redução do número de capilares por fibra muscular. Segundo Billiger et al. (2014) importa também referir alterações biológicas que podem afetar a aptidão cardiorrespiratória depois do AVC, nomeadamente, o aumento dos níveis sistémicos de marcadores pró-inflamatórios, metabolismo alterado da glicose e insulina, controlo autonómico comprometido e disfunção respiratória.

No estudo deste autor, é referido que entre 6 a 12 meses após o AVC, nos doentes “sobreviventes”, é possível constatar-se uma substancial diminuição da aptidão cardiovascular, medida pelo pico de consumo de oxigénio ( $VO_{2pico}$ ).

Segundo o estudo realizado por Saunders et al. (2014), no caso de doentes com AVC o  $VO_{2pico}$  é 50% inferior comparativamente a pessoas saudáveis da mesma idade e sexo, similarmente, a força muscular mostra uma diminuição substancial. Recorrentemente o  $VO_{2pico}$  nos doentes com AVC tem valores abaixo do nível mínimo indispensável para a realização das AVD. Por conseguinte, existem inúmeras atividades que não são passíveis de ser realizadas dado que a sua execução se torna metabolicamente insustentável para as pessoas com AVC (Ivey, et al., 2008; Saunders, et al., 2014).

No caso das pessoas com AVC, a marcha por eles realizada (quando possível), é pouco eficiente e pouco económica ao nível energético. Nesta medida, não são capazes de realizar as AVD de um modo prolongado, dado que a energia que possuem é utilizada, quase na sua maioria, para a deambulação. Ademais, a promoção da capacidade funcional através da realização de exercício aeróbio possibilita a diminuição da dificuldade no desempenho das

AVD, dado que permite a sua execução a uma percentagem mais reduzida da capacidade funcional máxima (Macko et al., 2001).

Mesmo no caso de doentes com sequelas reduzidas e com elevado nível de funcionalidade, a atividade física realizada por eles é bastante reduzida comparativamente a pessoas saudáveis da mesma faixa etária. A inatividade física contribui para a baixa aptidão física que se observa após a ocorrência do AVC (Saunders, et al., 2014).

Ainda de acordo com os mesmos autores, é referido que a prática de atividade física é recomendada para toda a população, de todas as faixas etárias e ambos os sexos, dado que melhora a aptidão física, estimula e facilita a realização das AVD, diminui o risco de ocorrência de doenças e, consequentemente da mortalidade resultante das mesmas. Estes benefícios demonstrados na população dita saudável são também considerados relevantes na população com AVC.

Estudos indicam que a realização de atividade/exercício físico apresenta um elevado potencial exercendo influência positiva nos domínios físico e psicológico após um AVC. Neste sentido, existe uma forte evidência de que a realização de atividade/exercício físico melhora a aptidão cardiovascular, o padrão de marcha e o fortalecimento muscular da extremidade superior do corpo, além de que, promove algumas melhorias da memória, funções executivas, sintomatologia depressiva, diminuição da sensação de fadiga, com consequente sentimento de melhoria da qualidade de vida (Billiger et al., 2014; Gordon et al., 2004; Saunders, et al., 2014).

Neste âmbito e como referem Billiger et al. (2014) é importante ressaltar a importância do papel da atividade/exercício físico na prevenção de complicações secundárias relacionadas com a repetição de AVC e de outras patologias cardiovasculares. Após um AVC, a integração da realização de atividade/exercício físico no plano de cuidados, que inclua a modificação de hábitos alimentares, medicação para a HTA, colesterol e aspirina pode diminuir a ocorrência de um novo AVC em 80%.

Segundo o estudo realizado por Mead et al. (2011), se o exercício físico pudesse ser colocado num comprimido, este seria uma das melhores

medicações para prevenir doenças cardiovasculares, bem como o AVC. A prática de exercício físico reduz o risco de DM e HTA e melhora os perfis lipídicos.

O mesmo estudo refere que existe evidência de que a prática de exercício físico diminui o risco de ocorrência do primeiro AVC, assim como, existe cada vez maior evidência de que a sua prática após a ocorrência de um evento destes tem inúmeros benefícios podendo ajudar a recuperação das sequelas, atrás referidas, consequência da ocorrência de um AVC (Mead et al., 2011).

Um outro estudo realizado por Mead & Bernhardt (2011), refere que a prática regular de exercício físico apresenta inúmeros benefícios, tanto a nível preventivo como após a ocorrência de um AVC. A existência de bons hábitos ao nível da prática de exercício físico poderá ter um papel de elevada importância na recuperação após o AVC.

Este estudo refere que, extrapolando-se os dados existentes relativos aos níveis de realização de exercício físico antes do AVC, parece sugerir que a prática de exercício físico após o AVC reduza o risco de recorrência para cerca de um quarto, através de mecanismos como a redução da pressão sanguínea, melhoria do perfil lipídico, redução do peso, metabolismo da glicose e outros efeitos ao nível da saúde vascular.

Concomitantemente, estes achados sugerem que a realização de exercício físico regular após o AVC melhora a condição de saúde. Estes dados são suportados pelo facto de a realização de exercício físico se associar com a diminuição de risco de ocorrência de AVC e de outros eventos cardiovasculares, assim como, pela melhoria do desempenho físico e psicossocial. Posto isto, estas intervenções deverão ser associadas e aplicadas conjuntamente no programa de reabilitação de doentes com AVC, pelo seu efeito favorável na prevenção de eventuais AVC ou outros eventos cardiovasculares (Billiger et al., 2014).

Este facto é corroborado pelo estudo realizado por Tang & Eng (2014) no qual é referido que existe evidência de que o treino cardiorrespiratório ou a realização conjunta de treino cardiorrespiratório e de resistência melhoram a capacidade aeróbia após o AVC. Tendo por base a ideia que a níveis mais

elevados de aptidão física se associam menores riscos de morbidade e mortalidade na sequência de eventos cardiovasculares, poderá ser extrapolado que benefícios adicionais poderão ser obtidos pela realização de exercício físico após a ocorrência de um AVC (Tang & Eng, 2014).

Vários estudos realizados vêm corroborar o que foi referido atrás, nomeadamente no estudo realizado por Paffenbarger et al. (2015), com a duração de 12 anos, o qual permitiu constatar que, os homens mais ativos tiveram uma diminuição em cerca de 23% do risco de morte, comparativamente ao grupo de homens menos ativos.

Outro estudo demonstra que indivíduos que realizavam mais exercício, comparativamente a um grupo com pouca atividade física, têm, em média um aumento da esperança média de vida em cerca de 3,7 anos (Franco et al., 2005).

Segundo Carrageta (2017), estima-se que por cada hora de exercício físico praticado seja possível aumentar a longevidade em cerca de 2 horas.

Após um AVC o tratamento tende a incidir primordialmente, quer pelo doente, quer pelos profissionais de saúde, na reabilitação e recuperação de défices. No entanto, é importante a prevenção de um novo AVC, assim como, de doenças cardiovasculares e doença arterial periférica (Billiger et al., 2014).

A reabilitação é reconhecida como uma estratégia-chave ao nível dos cuidados multidisciplinares de saúde no que se refere ao tratamento de doentes com AVC, tendo como objetivo possibilitar que pessoas com algum nível de incapacidade ou com alguma probabilidade de desenvolver algum tipo de deficiência atinjam e alcancem níveis ótimos de funcionalidade na interação com o ambiente e o contexto no qual se integram (Langhorne & Duncan, 2001; Stucki et al., 2007).

Os principais objetivos de reabilitação do AVC passam por: i) reverter os défices causados pelo AVC e minimizar o seu impacto; ii) prevenir AVC subsequentes; iii) maximizar a independência na realização de AVD; iv) facilitar a adaptação psicológica e social, quer pelo doente, quer pelos cuidadores; v) otimizar o retorno aos papéis prévios ao AVC e a reintegração na sociedade; vi) melhorar a qualidade de vida (Billiger et al., 2014).

Desta forma, o objetivo da reabilitação passa por maximizar a recuperação funcional, potenciando os níveis de independência, de forma a que os doentes com AVC possam regressar ao domicílio, reintegrar o seu contexto familiar e social, tendo por base as suas expectativas, sendo detentores de meios que lhes possibilitem dar resposta às suas limitações decorrentes do AVC, assim como do próprio meio e contexto no qual se inserem (Flansbjer et al., 2005).

É do conhecimento geral e recai sobre esta perspetiva um elevado consenso, de que a reabilitação das pessoas com AVC se deve iniciar o mais precocemente possível no sentido da melhor recuperação e minimização de défices. Porém, no que se refere ao início da intervenção, como sublinha Bernhardt et al. (2007), o consenso já não é tão evidente.

Segundo estes autores, a evidência recente aponta para que as unidades de AVC tenham apresentado bons resultados, na medida em que tem havido uma diminuição da mortalidade e dos níveis de incapacidade, o que tem levado a mudanças favoráveis neste tipo de serviços a nível mundial.

O mesmo estudo alude à importância da intervenção multidisciplinar nestas unidades o mais precocemente possível no sentido de prevenir eventuais complicações secundárias, tais como a pneumonia e a trombose venosa profunda, muito prevalentes na primeira semana após o AVC, promover a reorganização cerebral e a recuperação. No entanto, ainda é muito incipiente o conhecimento relativo à reabilitação provida numa fase inicial após o AVC.

Após um AVC os objetivos de reabilitação, assim como de prescrição de atividade/exercício físico deverão atender e ser ajustados aos níveis de tolerância do doente, estadio de recuperação, contexto, suporte familiar, preferências, défices, limitações de atividade e restrição de participação. Imediatamente após o AVC, os principais objetivos passam pela prevenção de complicações na sequência de inatividade prolongada, recuperação de movimento ativo voluntário e do nível de autonomia no desempenho das AVD (Billiger et al., 2014).

Assim, no período imediatamente após a ocorrência do AVC é importante limitar ao mínimo possível, tendo em conta a condição de saúde do doente, o

tempo no leito e logo que o estado geral e clínico do doente o permita, deverá iniciar um plano reabilitativo, nomeadamente fisioterapia e terapia ocupacional. É recomendado que as intervenções para a recuperação motora incluam exercícios de fortalecimento e aeróbicos, no sentido de melhoria da aptidão cardiovascular, força muscular e mobilidade funcional. Estas melhorias, como referem Billiger et al. (2014) irá refletir-se na melhoria da tolerância ao esforço, bem como terão reflexo na melhoria do nível de autonomia do desempenho das AVD.

Ainda segundo os mesmos autores, a realização de exercício físico regular melhora os níveis de mobilidade, promove a manutenção da densidade mineral óssea nos indivíduos com AVC. Referem também que um nível de densidade mineral óssea diminuído, défices ao nível da marcha e quedas frequentes aumentam o risco de fraturas durante o primeiro ano após o AVC (Billiger et al., 2014).

Importa também referir que a realização de exercício físico após o AVC resulta em melhorias ao nível da capacidade aeróbica, assim como da função sensoriomotora. Por outro lado, existe uma elevada associação entre a realização de exercício físico e o risco de ocorrência do primeiro AVC (Billiger et al., 2014).

Segundo alguns estudos, o envolvimento num programa de exercício físico aeróbio após o AVC promove melhoria ao nível da regulação dos níveis de glicose, da pressão arterial e da função arterial. Estes achados são consistentes com o facto de intervenções promotoras da estabilidade ao nível das placas, alterações favoráveis das funções das paredes vasculares têm implicações importantes e favoráveis ao nível do estado de saúde dos doentes com AVC ou com outro tipo de doenças vasculares (Billiger et al., 2014).

Existem ainda poucos estudos que enfatizem a importância e os efeitos da realização de exercício físico durante a fase aguda após a ocorrência do AVC. No entanto, começa a existir alguma evidência que suporta e sugere a importância da realização de uma precoce mobilização dos doentes que sofreram AVC, nomeadamente logo após 24 horas à ocorrência do evento (Billiger et al., 2014).

Os mesmos autores referem que o mesmo acontece na fase subaguda, durante a qual, tendo por base a diminuta literatura existente, a realização de exercício físico, tem efeitos benéficos na saúde cardiovascular, *outcomes* funcionais e diminuição no risco de ocorrência de eventos cardíacos.

No que se refere à fase crónica do AVC, está bem estabelecido que a realização de exercício físico apresenta efeitos benéficos para a saúde a nível cardiorrespiratório. Dados sugerem que o treino aeróbio e a melhoria da aptidão cardiovascular poderão possibilitar a realização das AVD a uma percentagem inferior da capacidade aeróbia (Billiger et al., 2014).

Embora o tratamento reabilitativo mais comumente usado nos AVC passe por abordagens com objetivos de intervenção ao nível das sequelas neurológicas e melhoria da independência funcional, começa a ser dada uma maior ênfase e a ser reconhecido o impacto negativo que as sequelas ao nível da diminuição da aptidão cardiovascular possuem e acarretam relativamente aos resultados da reabilitação dita convencional, bem como, no potencial risco de repetição e de recorrência de outros eventos cardiovasculares (Tang & Eng, 2014).

Assim, atualmente, os objetivos da reabilitação, para além da promoção de qualidade de vida, melhoria da mobilidade e da funcionalidade, diminuição das condicionantes dos défices neurológicos e motores, abrangem outros três grandes objetivos, nomeadamente, a prevenção de complicações devidas a inatividade prolongada, a prevenção de AVC recorrentes e de outros eventos cardiovasculares, bem como, a potenciação da aptidão cardiorrespiratória (Gordon et al., 2004).

Posto isto, diversos estudos corroboram o facto de que o processo reabilitativo também deverá considerar o elevado risco de recorrência de eventuais eventos cardiovasculares, os quais poderão ser modificáveis pela prática regular de exercício físico, cada vez mais tido como uma ótima estratégia na redução de comportamentos sedentários que poderão comprometer e acarretar sequelas mais graves na sequência de um AVC e das suas limitações funcionais (Pollack & Disler, 2003; Tang & Eng, 2014).

Dado que as doenças cardiovasculares e os AVC isquémicos são em grande medida relacionados com fatores de risco potencialmente modificáveis, é possível que a adoção de um estilo de vida mais saudável possa ter um papel extremamente importante na prevenção destas condições de saúde, pelo que, a combinação de um estilo de vida mais saudável e o tratamento farmacológico adequado, poderão ser um dos aspetos primordiais na prevenção de outros AVC ou outros eventos cardíacos agudos nos “sobreviventes” de AVC (Billiger et al., 2014).

Desta forma, como sustentam Roth et al. (1998), a reabilitação de doentes com AVC deve ser um processo tendencialmente multidimensional, passando pela prevenção e tratamento de eventuais complicações do foro médico, promoção da independência e da funcionalidade e adaptação do contexto de forma a que o doente retorne à sua vida com a melhor qualidade de vida possível.

O processo reabilitativo ocorre de um modo praticamente transversal, nos primeiros 3 a 6 meses, em todos os doentes, no entanto, muitos deles mantêm défices motores para além deste período, o que os torna um grupo mais vulnerável e passível de apresentar um maior declínio funcional e comorbidades. Mesmo após a alta do processo de reabilitação, muitos destes doentes ainda possuem níveis bastante consideráveis de incapacidade e dependência nas mais diversas atividades e áreas do seu dia-a-dia (Wileset al., 2004).

Anteriormente, acreditava-se que a recuperação de doentes com AVC terminava ao fim de alguns meses, pelo que, tradicionalmente a reabilitação destes doentes ocorria durante este período (Macko et al., 2001).

Existe uma evidência cada vez maior de que, apesar da maior recuperação se verificar nos primeiros seis meses após o AVC, a reabilitação tem um papel importante na promoção da melhoria de défices que não foram completamente restabelecidos na fase inicial. É conhecido que o grau de recuperação e de adaptação estão dependentes da gravidade e extensão do AVC e variam de pessoa para pessoa, assim como estão condicionados pela eficácia dos programas de reabilitação a que estão submetidos (Leroux, 2005).

Desta feita, é importante que sejam operacionalizadas intervenções que exponham os doentes com AVC a diferentes intensidades e tipologias de



exercício, no sentido de se averiguar a estratégia mais ajustada e efetiva na melhoria dos níveis de funcionalidade, independência e na redução do risco de recorrência de eventuais AVC, bem como, na minimização de condições, tais como o descondicionamento físico e a fadiga (Lennon et al., 2008).

Macko et al. (2001) refere que existe cada vez mais evidência de que a realização de uma reabilitação mais intensiva para além do período referido como “crítico” ao nível da recuperação, incluindo a realização de exercício aeróbio em tapete rolante, com ou sem recurso a suporte de peso corporal, promoveu e melhorou a capacidade aeróbia, a função sensoriomotora, a força, coordenação, aptidão cardiovascular e ativação muscular.

Recomendações emanadas pela AHA sugerem que após um AVC isquémico, os indivíduos deverão integrar um programa de exercício físico moderado que promova a diminuição dos níveis de pressão arterial e do peso, aumento da tolerância à glicose e níveis lipídicos e diminuição da inflamação arterial, sendo que o exercício aeróbio tem sido considerado como adjuvante a este facto. No entanto, os efeitos serão sentidos se o exercício físico for realizado de um modo efetivo e consistente (Billiger et al., 2014).

Segundo as recomendações da AHA, a realização de exercício aeróbio deve ser um componente fundamental ao nível da reabilitação do AVC. Assim, segundo as recomendações emanadas pela AHA a intensidade de realização de exercício aeróbio deve ser entre 40% a 70% do  $\text{VO}_2\text{máx}$  ou da frequência cardíaca de reserva, ou entre 55% e 80% da frequência cardíaca máxima. No que se refere às recomendações relativas à duração e frequência estas descrevem que a duração deve compreender entre 20 a 60 minutos, 3 a 5 dias por semana (Boyne et al., 2017). Atividades como caminhar, pedalar, subir/descer escadas, jardinagem, podem ajudar a atingir estes objetivos (Squires & Hamm, 2006).

Um estudo realizado por Boyne et al. (2017), refere que pessoas com AVC após a realização de um programa de exercício físico aeróbio com a duração entre 3 a 6 meses adquiriram melhorias significativas ao nível da capacidade aeróbia, resistência ao nível da marcha, mobilidade geral, fatores de risco cardiovasculares, fluxo sanguíneo periférico e cerebral, ativação cerebral e

cognição. A realização de exercício aeróbio também foi associada a melhorias significativas na força do membro inferior e dos níveis de espasticidade após o AVC (Boyne, 2017).

Posto isto, o Presidente da Fundação Portuguesa de Cardiologia Manuel Carrageta (2017), no seu artigo: “*Os benefícios cardiovasculares do Exercício Físico*”, tendo por base dados emanados por diversas instituições internacionais (Pate et al, 1995; World Health Organization, 2015) recomenda pelo menos 150 minutos de atividade aeróbia de intensidade moderada/semana para todos os adultos.

O mesmo artigo refere que na prática, os exercícios aeróbios devem ser postos em prática diariamente, durante aproximadamente 30 minutos, podendo estes ser divididos ao longo do dia em períodos de 10 a 15 minutos. De um modo geral, cada sessão de esforço realizada, para ter propriedades cardioprotetoras deve ter a duração de pelo menos 10 minutos. Em regra, estes exercícios deverão ter uma intensidade suficiente que promova a aceleração do ritmo cardíaco e leve a uma respiração mais profunda, fazendo ativar a circulação e a respiração. É fundamental que o nível de esforço realizado não impeça que a pessoa seja capaz de falar durante o esforço.

Segundo a evidência existente, o exercício aeróbio pode trazer benefícios ao nível da capacidade funcional e do condicionamento cardiovascular que possibilita a realização das AVD com um menor custo energético o que acarreta melhorias ao nível da qualidade de vida. A estes benefícios acresce-se, como reporta Potempa et al. (1996) a perda de peso, diminuição da agregação plaquetária, melhoria do perfil lipídico e da tolerância à glicose, diminuição da frequência cardíaca (quer de repouso, quer submáxima) e da pressão arterial e aumento do tempo de exercício.

Tendo por base estudos e evidência científica é recomendado que os doentes com AVC devam realizar e envolver-se em programas de exercício físico aeróbio no sentido de melhorar a sua capacidade aeróbia e a eficiência ao nível do padrão de marcha, diminuir o risco de queda, melhorar o seu desempenho ocupacional nas AVD e prevenir o risco de eventuais eventos cardiovasculares (Billiger et al., 2014).

### 3.4 Prescrição de atividade/exercício físico

A prescrição de atividade/exercício físico é comparável à prescrição de medicação, ou seja, deve ser recomendada uma dose considerada efetiva e segura, ao nível de frequência, intensidade, duração e tipo, de acordo com a funcionalidade e limitações do doente, no sentido de evitar um limiar abaixo ou acima do tolerado pelo doente em questão (Billiger et al., 2014; Gordon et al., 2004).

A medicina do exercício, especialidade mais abrangente ao nível de objetivos e destinatários, comparativamente à medicina desportiva, dirige-se a populações clínicas especiais, que beneficiam com a prescrição de atividade/exercício físico. Assim, é fundamental na prevenção, diagnóstico e estratificação do risco, no tratamento e reabilitação de quem dela beneficia (Ruivo, 2017).

Esta especialidade funciona de um modo complementar à terapêutica convencional para a prevenção e/ou reabilitação de variadíssimas patologias, sendo que, o aconselhamento da atividade/exercício físico funciona como uma receita clássica, sendo a atividade/exercício físico individualizado tal como a própria medicação (Ruivo, 2017).

Posto isto, tal como refere Ruivo (2017, p. 66) no artigo intitulado *“Medicina do Exercício: desafios e soluções”*: *“o aconselhamento do EF não deve constituir um ato de carácter arbitrário, genérico e de contornos imprecisos, como o nome pode sugerir. É necessário delinear as estratégias adequadas a cada doente, munir de rigor científico a avaliação dos efeitos terapêuticos e corrigir passo a passo a posologia do treino, como se de um medicamento se tratasse.”*

Neste sentido, o mesmo autor refere que esta especialidade, partindo de um exame prévio, deverá demarcar as recomendações no respeitante ao tipo, frequência, duração e intensidade do exercício físico, efetuar um acompanhamento dos efeitos no sentido de evitar a instalação de estados “in adaptativos” favorecedores de um aumento dos riscos. Atente-se ainda o facto de que, aquando da delineação de todos os programas de exercício, estes

deverão ser norteados por objetivos consistentes e ajustados às características e motivações particulares de cada pessoa (Ruivo, 2017).

Previamente ao envolvimento num programa de exercício físico é importante que todos, neste caso específico, doentes com AVC sejam avaliados e monitorizados de forma a serem evitados potenciais riscos e complicações (Billiger et al., 2014).

Importa aqui salientar que a atividade/exercício físico, enquanto agentes terapêuticos, devem ser tidos em devida consideração, dado que podem não ser inócuos. Ruivo (2017) refere que tendencialmente a sua disseminação e utilização indiscriminada, pelo facto de ser considerado que a sua prática é sempre benéfica pode ser perigosa. Neste sentido, importa aqui frisar que é ténue a fronteira entre o benefício e o risco e, neste sentido, a intervenção médica deve ser dotada de uma elevada exigência e rigor.

Assim, aquando do planeamento da prescrição de atividade/exercício físico para um doente, é imperiosa a avaliação dos potenciais riscos do impacto orgânico da resposta fisiológica aguda, por oposição aos benefícios da adaptação crónica, na medida em que, se os riscos não forem minimizados poderão comprometer a qualidade de vida e modificar de um modo desfavorável a evolução natural da doença (Ruivo, 2017).

Posto isto, só é possível obter-se uma adaptação orgânica ao treino se as respostas obtidas pela prática da atividade/exercício físico não transpuserem os limites de segurança da integridade anatómica e funcional do doente. Neste sentido, é de extrema importância a delineação de um plano individualizado e seguro para a prática de atividade/exercício físico em doentes, na medida em que, poderá ser recusada a intenção de um doente em participar um determinado plano de treino que não lhe traga benefícios para a sua condição patológica (Ruivo, 2017).

A avaliação médica a realizar previamente ao início de um programa de atividade/exercício físico é fundamental e tem por objetivo a exclusão da presença de doenças coronárias ou outras patologias que coloquem em risco a vida da pessoa (Carrageta, 2017). Esta avaliação de acordo com Gordon et al. (2004) deverá ser multidimensional e incluir a recolha de um conjunto de dados,

nomeadamente historial médico e exame físico, de forma a que o programa seja delineado e conduzido da forma mais ajustada e adequada a cada caso específico.

Neste caso, é importante que seja recolhida a história clínica dos doentes, sejam identificadas as complicações neurológicas e comorbidades que possam ser consideradas e acarretar contraindicações para a realização de exercício físico. É recomendado que seja realizada avaliação da frequência, ritmo cardíaco e um eletrocardiograma (ECG) prévio à realização do exercício físico, assim como, a avaliação da pressão arterial (Billiger et al., 2014; Gordon et al., 2004).

Existe evidência de que a realização de atividade/exercício físico reduz o risco de ocorrência de comprometimento cognitivo, nomeadamente demência vascular no caso de idosos independentes, assim como, tem efeitos positivos na prevenção de depressão e na cognição, no caso de adultos que não sofreram AVC. Estes achados preliminares poderão ter efeitos similares nos casos de doentes que sofreram um AVC, dado que, embora tenham sido realizados um número reduzido de estudos, estes demonstraram que o uso combinado de treino aeróbico e de resistência acarretaram melhorias ao nível dos níveis de atenção/concentração, bem como ao nível das funções executivas e visuoespaciais (Billiger et al., 2014).

Por conseguinte, estes achados sugerem que a realização de atividade/exercício físico aeróbio é benéfico para os doentes com AVC, melhorando a sua funcionalidade e autonomia na realização das AVD. Estes achados são relevantes dada a prevalência de depressão e de casos demenciais em doentes com AVC (Billiger et al., 2014).

Apesar destas evidências, no que respeita à importância do papel da atividade/exercício físico na diminuição do risco de AVC e de outras doenças cardiovasculares, o comportamento sedentário continua prevalente e é tido como uma problemática na maioria da população, principalmente no caso das pessoas acometidas por alguma doença crónica, tal como as que participaram no nosso estudo. Cabe aos profissionais de saúde o papel de informar e educar as populações, nomeadamente doentes com AVC e seus cuidadores, de forma a participarem em programas de atividade/exercício físico, de forma a

diminuírem o risco de repetição de AVC e/ou de outras patologias cardiovasculares (Billiger et al., 2014).

Apesar da evidência existente demonstrar que a população acometida por um AVC é fisicamente descondicionada e padecer de uma elevada prevalência de fatores de risco cardiovasculares, a maioria dos quais modificáveis pela prática de atividade/exercício físico, o treino aeróbio em tapete rolante não tem sido prescrito frequentemente na reabilitação desta população. Uma das razões justificativas para este facto pode ficar a dever-se à incerteza dos profissionais envolvidos no processo reabilitativo relativamente ao risco de quedas, às lesões provocadas pelo exercício repetido ou pela falta de conhecimento de que o exercício pode reduzir o elevado gasto energético e a exigência ao nível cardiovascular durante a realização da marcha (Macko et al., 1997).

Nesta fase, tanto quanto se sabe, são ainda diminutos os programas para pessoas com AVC que contemplem a realização de atividade/exercício aeróbio, embora este possa acontecer, de forma não intencional e em pequena escala, dado que as pessoas com AVC, que apresentam índices baixos de capacidade para realizar exercício, podem beneficiar, ao nível de condicionamento cardiovascular, mesmo com níveis baixos de atividade física (MacKay-Lyons & Makrides, 2002).

Posto isto, apesar do treino aeróbio não ser comumente incluído nos programas de reabilitação pós-AVC, existe evidência que aponta para uma relação positiva entre a capacidade aeróbia e o desempenho funcional (Binder et al., 1999).

Desta feita, os doentes com sequelas de AVC beneficiariam em ter aconselhamento e prescrição ao nível da realização de atividade/exercício físico. No entanto, a maioria dos profissionais de saúde não possui ainda informação/formação pormenorizada acerca deste facto (Billiger et al., 2014).

Estudos relacionados com o início da realização de atividade/exercício físico após o AVC são controversos, não existindo ainda protocolos específicos que regulem a frequência, intensidade, tempo ou tipo de atividade/exercício físico para esta situação. Neste sentido, a bibliografia consultada refere a

importância da realização de futuros estudos que avaliem e tratem esta temática (Billiger et al., 2014).

Embora já comecem a existir alguns dados e informação relativos à prática de atividade/exercício físico após o AVC, é reforçada a necessidade de mais investigação, nomeadamente focando a importância da implementação de programas de exercício físico em estádios mais precoces, dado que a maior parte da investigação que tem sido realizada foca estádios mais crónicos da ocorrência do AVC (Tang & Eng, 2014).

Apesar do notório reconhecimento da importância da implementação de um programa de atividade/exercício físico, são necessários mais estudos no sentido de delinear quais os valores ideais de realização de atividade/exercício físico de forma a serem estabelecidos resultados os mais fidedignos possíveis, bem como, auxiliar no entendimento de diferenças individuais que podem interferir com os resultados do treino (Thomson et al, 2003).

São também necessários mais estudos no sentido de encontrar as melhores formas de encorajar as pessoas com AVC a serem mais ativas e a entender e encontrar as barreiras e aspetos que motivem e influenciem esta população a participar em programas de atividade/exercício físico (Saunders et al., 2014).

### **3.5 Realidade Portuguesa**

Torna-se importante focar a realidade portuguesa e o estado da arte no respeitante à Atividade Física, Exercício e Saúde. No editorial da Revista Factores de Risco da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, de Teixeira & Tomás (2017), é referida a importância da promoção da atividade física e da sua prática junto dos portugueses, sendo esta uma tarefa que necessita de contributos de diferentes áreas, agentes e sectores da sociedade.

Importa referir que em finais da década de 90 e inícios deste século se começou a dar mais ênfase à importância do exercício nas questões ligadas à obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares por parte da classe médica, nomeadamente medicina geral e familiar, na medida em que, os profissionais

destas áreas começaram a sentir a necessidade e a valorizar as medidas não farmacológicas paralelamente à abordagem médica tradicional. Este facto, como refere Barata (2017), generalizou-se também à indústria farmacêutica que passou a incluir a vertente do exercício nas reuniões por eles organizadas.

Tem-se assistido, portanto a uma mudança de paradigma relativamente à atividade/exercício físico, dado que o conhecimento empírico possibilitou a associação da atividade/exercício físico a inúmeros benefícios no foro da prevenção primária, assim como, a evidência científica demonstrou vantagens na prevenção secundária e terciária (Piteira et al., 2017).

No artigo “*Consultas para a promoção da Atividade Física nos Cuidados de Saúde Primários*” de Piteira et al. (2017) é referido que o exercício físico tem sido equiparado à terapêutica farmacológica em cerca de duas dezenas de doenças crónicas, começando a integrar os planos de tratamento de doenças musculoesqueléticas, cardiovasculares, autoimunes e oncológicas.

O mesmo artigo salienta que o nosso país ainda apresenta resultados muito aquém do recomendado no que se refere à atividade física da população, estando entre os piores da Europa, na medida em que cerca de 87% dos jovens com idades entre os 11 e os 17 anos são insuficientemente ativos e este número passa para os 80%, na faixa etária adulta, sendo que, cerca de 60% são considerados sedentários.

Neste sentido, os mesmos autores referem que urge promover uma mudança de mentalidades e hábitos que seja suficientemente abrangente a toda a população, sendo que, nas áreas da educação, política e saúde começam a dar-se passos no sentido de promoção da atividade física.

No que toca aos serviços de saúde esta mudança iniciou-se pela criação do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física da Direcção-Geral da Saúde, através de projetos dinamizados pelas Unidade de Saúde Pública e outros projetos de âmbito regional, dinamizados por diferentes organizações de saúde pública e privada, como por exemplo, no caso do Agrupamento de Centros de Saúde de Sintra (Piteira et al., 2017).

Importa referir a criação de consultas de medicina geral e familiar destinadas à promoção e prescrição de atividade/exercício físico que tem tido



bons resultados. São exemplos desta prática o programa do Instituto CUF Porto, a Consulta de Prescrição de Exercício Físico da Unidade de Saúde Familiar Dafundo, assim como a Consulta Médica de Apoio à Prática Desportiva da Unidade de Saúde Familiar Ebora, nas quais os médicos responsáveis são especialistas ou internos de especialidade de medicina geral e familiar, medicina desportiva, experiência em treino desportivo, atletas ou ex-atletas de diferentes modalidades (Piteira et al., 2017).

Importa aqui referir a criação da Comissão Intersectorial para a Promoção da Atividade Física, pelo Despacho n.º 3632/2017, publicado, no dia 28 de abril, em Diário da República, comissão esta que tem o objetivo de elaborar, operacionalizar e monitorizar um plano de ação nacional para a atividade física e que integra:

- Um elemento designado pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde;
- Um elemento designado pelo Secretário de Estado da Juventude e do Desporto;
- Um elemento designado pelo Secretário de Estado da Educação;
- Um elemento designado pela Secretária de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior;
- Um elemento designado pelo Secretário de Estado do Emprego;
- Um elemento designado pela Secretária de Estado da Inclusão das Pessoas com Deficiência.

De acordo com o presente diploma, fatores como o sedentarismo, a má alimentação, o consumo de álcool e tabaco, estão comprovadamente na origem das principais doenças não transmissíveis, nas quais se incluem o cancro, a obesidade e a diabetes, que acarretam sofrimento e morte prematura (Comissão Intersectorial para a Promoção da Atividade Física, 2017).

Em Portugal, a prevalência da inatividade física é muito elevada, verificando-se uma distribuição desigual pelos grupos socioeconómicos e educacionais, o que reflete desigualdades nas oportunidades e motivações para ser fisicamente ativo. Na sequência dos consideráveis custos individuais, sociais e económicos decorrentes do sedentarismo, a promoção da atividade física tem-

se tornado uma preocupação central das políticas desportivas e educativas, bem como de saúde pública (Comissão Intersectorial para a Promoção da Atividade Física, 2017).

### 3.6 Barreiras

Mendes (2013) , no seu artigo *“Reabilitação cardíaca após enfarte do miocárdio: uma intervenção fundamental, pouco praticada em Portugal”* frisa o facto de que a alteração comportamental e fundamentalmente a sua manutenção a longo prazo não é de fácil exequibilidade no contexto de cuidados médicos atual, que se caracteriza por *“consultas médicas de tempo reduzido, sem apoio de materiais audiovisuais ou de outros tipos de profissionais como psicólogos, nutricionistas, fisiologistas do exercício e de uma consulta de cessação tabágica”*.

O mesmo autor refere que a abordagem clássica de cuidados de saúde não possibilita a educação e o esclarecimento de dúvidas, quer aos doentes, como aos seus familiares, assim como, o apoio necessário às necessárias mudanças de comportamento, nomeadamente pela adoção de uma terapêutica farmacológica adequada, alteração de hábitos alimentares, prática de atividade física regular e adoção de um estilo de vida saudável.

Seguindo a mesma linha de pensamento, Ruivo (2017) alude às barreiras que justificam a baixa taxa de aconselhamento para a prática de exercício físico, nomeadamente a curta duração (imposta) das consultas, a não remuneração dos atos não codificados, bem como, os diminutos níveis de atividade/exercício físico dos próprios médicos, dado que, existem evidências que aponta que, caso os médicos sejam praticantes são mais ativos na prescrição e aconselhamento da prática de atividade/exercício físico. A estes motivos acresce-se o facto de ainda ser difícil o diálogo entre os vários profissionais de saúde, ainda que esta tendência de interação venha a ser crescente.

Para que estas alterações se verifiquem e sejam postas em prática de forma efetiva é importante que a informação acerca das medidas a tomar e dos mecanismos de suporte subjacentes aos mesmos sejam transmitidas aos

doentes e familiares que os acompanham, de forma a que a adesão seja voluntária e que as recomendações sejam respeitadas e cumpridas a longo prazo (Mendes, 2013).

No entanto, estas mudanças, na maioria das vezes são difíceis de obter, dado que conduzem a que sejam postos de lado hábitos enraizados desde sempre, muitas vezes em doentes e famílias com poucos recursos socioeconómicos, muitas vezes assintomáticos o que leva a que não sintam necessidade da mudança (Mendes, 2013).

Este autor refere que o envolvimento em programas de reabilitação cardíaca (PRC) traz benefícios, nomeadamente reduções de 25% a 30% da mortalidade cardiovascular, particularmente quando a componente exercício físico é primordial. Estes PRC tratam-se de programas de prevenção secundária holísticos que incluem o exercício físico, a vertente educacional quer dos doentes quer dos seus familiares, promoção de alteração de comportamentos e da assunção de um estilo de vida saudável, normalização o mais cedo possível das AVD, assim como, o cumprimento da terapêutica farmacológica adequada à sua situação.

Reportando-nos à realidade portuguesa, o mesmo autor aponta que a taxa de participação em PRC dos potenciais candidatos é inferior a 4%, comparativamente ao centro da Europa, onde os valores são superiores a 30%. Assim, em Portugal o cenário da reabilitação cardíaca (RC) não é o desejável, em parte devido às assimetrias regionais que se verificam na disponibilização dos centros de RC ao nível nacional, nomeadamente nos défices significativos que se verifica no interior, comparativamente ao litoral e ao sul, em comparação com o Norte. A este facto acresce-se o fator económico, na medida em que estes programas não são comparticipados pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS) e apresentam um custo considerável nos centros privados extra-hospitalares (Mendes, 2013).

Na atualidade, em que o SNS se encontra a avaliar quais os tipos de cuidados de saúde mais ajustados à população, tendo por base evidências científicas e recomendações emanadas pela Sociedade Europeia de Cardiologia, julgamos que este facto justifica a necessidade de reforçar as

vertentes preventivas e reabilitativas que já comprovaram, ao nível dos países desenvolvidos, ser eficazes na diminuição da mortalidade e na redução dos gastos em saúde (Mendes, 2013).

Vários são os motivos descritos para o nosso atraso no encaminhamento e frequência de doentes em PRC, nomeadamente, uma incipiente cultura de prática de atividade física que é transversal a todas as faixas populacionais que abarca doentes e profissionais de saúde, falta de formação específica em relação à aplicabilidade da atividade física e da RC no plano de intervenção destinado a várias patologias, falta de recursos económicos assim como de espaços adequados a este tipo de programas (Mendes, 2016).

Considerando-se que a acessibilidade é um aspeto primordial para o acesso dos doentes aos programas de reabilitação, o mesmo autor refere que é imperioso que seja criada uma rede de centros de natureza pública com uma distribuição geográfica equilibrada no nosso país, dado que se sabe que os doentes tendencialmente não participam em programas que obriguem a deslocações superiores a 30Km, acrescendo-se aspetos como a motivação em participar, disponibilidade financeira e horário compatível.

Neste sentido, cabe aos médicos (de família, cardiologista, ...) o esforço acrescido em informar o doente e a família dos benefícios da participação nestes programas, de forma a motivar o doente a participar (Mendes, 2016).

Este autor refere ser também importante dotar diferentes classes de profissionais, nomeadamente, cardiologistas, fisiatras, psiquiatras, psicólogos, fisioterapeutas, fisiologistas do esforço, nutricionistas, dos conhecimentos necessários para a disseminação dos PRC no nosso país, dado que na formação base são incipientes os conteúdos lecionados acerca deste âmbito (Mendes, 2016).

Desta forma, as sociedades portuguesa de cardiologia e de medicina física e de reabilitação vem propondo, há alguns anos, a criação de uma competência em RC junto da Ordem dos Médicos, para dotar médicos destas especialidades com conhecimentos relativos a esta abordagem. Considera-se que este seria um primeiro passo para que sejam criadas condições para que a

prática destes médicos seja integrada numa subespecialização no âmbito da prevenção cardiovascular e do esforço direcionada para a RC (Mendes,2016)

Neste sentido, como sublinham Mendes (2016) e Moraes (2014) seria importante que os decisores políticos, profissionais, doentes comecem a ter uma maior perceção da importância destes programas, de forma a que esta consciencialização levasse ao aumento do número de programas para doentes com patologias a quem a RC traz inúmeros benefícios de âmbito clínico, económico e social.

### **3.7 O papel da Terapia Ocupacional na recuperação do Acidente Vascular Cerebral através da atividade/exercício físico**

Embora a investigação relativamente à Terapia Ocupacional (TO) e a Promoção da Atividade/Exercício Físico seja ainda muito incipiente, de modo informal, gostaríamos de referir que, num futuro próximo, provavelmente esta temática será objeto de estudo desta área profissional.

Tendo por base a realidade atual, começam a dar-se os primeiros passos na realização de estudos mais aprofundados acerca da aplicabilidade do aconselhamento e prescrição de atividade/exercício físico em diversas patologias, pelo que, julgamos que não será descabido dizer que este interesse também se fará sentir nos profissionais desta área, não fosse a autora do presente estudo, terapeuta ocupacional de formação de base.

Tomando por base um dos conceitos primordiais nesta área profissional: participação, na medida em que a participação nas ocupações do dia-a-dia é uma parte vital do desenvolvimento humano e da experiência vivida. É através da ocupação que é promovida a aquisição de habilidades e de competências, o relacionamento com os outros, a participação e inclusão na comunidade e se encontra um propósito e significado para a vida. É objetivo da TO a melhoria da saúde e do bem-estar através da ocupação (Law, 2002).

Segundo Law (2002), pesquisas realizadas demonstraram que a participação em atividades significativas, particularmente trabalho e o lazer, apresentam influências positivas na saúde e no bem-estar. A participação é

considerada uma parte vital da condição e experiência humana, o que leva a sentimentos de satisfação essenciais ao desenvolvimento de competências, ao bem-estar psicológico e emocional.

A mesma autora refere que a TO se centra na habilitação de pessoas ou grupos, no sentido de que participem e desempenhem as ocupações significativas do seu dia-a-dia. O objetivo primordial da TO é, pois, aumentar a participação.

Em jeito de contextualização, julgamos importante aqui apresentar a descrição da função do terapeuta ocupacional, tendo por base o Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de dezembro de 1999, cabendo a este profissional a *“avaliação, tratamento e habilitação de indivíduos com disfunção física, mental, de desenvolvimento, social ou outras, utilizando técnicas terapêuticas integradas em atividades selecionadas consoante o objetivo pretendido e enquadradas na relação terapeuta/ utente; prevenção da incapacidade através de estratégias adequadas com vista a proporcionar ao indivíduo o máximo de desempenho e autonomia nas suas funções pessoais, sociais e profissionais e, se necessário, o estudo e desenvolvimento das respetivas ajudas técnicas, em ordem a contribuir para uma melhoria da qualidade de vida”*.

Desta feita, e tendo por base a Classificação Nacional das Profissões (2011), as tarefas e funções do terapeuta ocupacional consistem, particularmente, em:

- Avaliar aptidões, recursos, interesses dos doentes e condições do meio social, para elaborar programas de reabilitação;
- Identificar áreas subjacentes de disfunção neurológica e de maturação, analisar atividades a cada caso, para as converter em exercício terapêutico;
- Ocupar os doentes em atividades manuais e criadoras para recuperarem a capacidade funcional dos músculos, a coordenação dos movimentos e a resistência à fadiga;
- Reensinar os pacientes a executar os gestos comuns do quotidiano (comer, fazer a higiene, vestir-se, etc.);
- Aconselhar sobre adaptações arquitetónicas e dos equipamentos de uso doméstico;

- Elaborar relatórios das observações efetuadas e da evolução do doente.

Assim, pelo exposto, a intervenção da TO abarca um leque variado de patologias e faixas etárias, em variadíssimos contextos e áreas de atuação.

Reportando-nos à patologia focada no estudo presente, os AVC acarretam um sem número de défices e sequelas que condicionam restrições ao nível da realização de atividades e na participação, sendo que, ao nível dos programas reabilitativos um dos objetivos principais passa pela diminuição das restrições a este nível (Bailey, 2017).

Segundo o Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo (2014), a gestão e a manutenção da saúde são consideradas Atividades da Vida Diária Instrumentais (AVDI) que consistem no desenvolvimento, gestão e manutenção de rotinas para a promoção da saúde e do bem-estar. Assim, Bailey (2017) refere que a atividade física e a nutrição são componentes importantes para a gestão e a manutenção da saúde que devem ser considerados na prática da TO.

A mesma autora alude a que a atividade física e a nutrição são comportamentos saudáveis, além de que, são também ocupações, o que torna a prática da TO especialmente adequada no sentido de melhorar estas condutas.

Posto isto, o modo como as ocupações relacionadas com a atividade física e a nutrição são desenvolvidas é influenciado: por valores e crenças pessoais (ou seja, fatores inerentes ao cliente), pela habilidade para planear e executar os comportamentos saudáveis (ou seja, habilidades de desempenho), pelos hábitos e rotinas (ou seja, padrões de desempenho) e pelo contexto e ambiente onde a pessoa vive (Bailey, 2017).

Reportando-nos à atividade física esta engloba a atividade física moderada a vigorosa, atividade física ligeira e o comportamento sedentário. No que se refere à atividade física moderada a vigorosa, como já referido, pode modificar e contribuir para a melhoria dos fatores de risco cardiovasculares e prevenir a repetição de AVC.

Bailey (2017), no seu artigo *“The issue is... Promoting Physical Activity and Nutrition in people with stroke”*, refere que em vários estudos clínicos, nos quais era aplicada a prática de atividade/exercício físico supervisionado a

peessoas com AVC, se observou uma diminuição do risco cardiovascular e um aumento da aptidão física. A título de exemplo, estas intervenções incluem exercícios de treino resistido que podem ser realizados em casa, uso de bicicleta estática, sessões de hidroterapia, reabilitação cardíaca com recurso a tapete rolante.

Por conseguinte, a mesma autora refere que os terapeutas ocupacionais possuem competências que lhes possibilitam supervisionar, selecionar e aplicar um conjunto de exercícios terapêuticos ajustados aos casos de pessoas com AVC. Assim, devem ter conhecimentos teóricos e práticos que lhes possibilitem e favoreçam a intervenção com a população em causa, nos diversos contextos de atuação, nomeadamente pela avaliação e identificação de competências e/ou de áreas disfuncionais, no sentido de delinear programas de reabilitação, tendo por base a análise de atividades de forma a convertê-las em exercício terapêutico (Tomás, 2017).

Neste sentido deve possuir conhecimentos e ser capaz de realizar testes básicos de exercícios e saber como interpretá-los, assim como, prescrever programas de atividades terapêuticas que estimulem a realização de movimentos adequados aos dados obtidos e promover a atividade física relacionada com a saúde, utilizando fundamentos da terapia pelo exercício nos seus planos e programas de intervenção (Tomás, 2017)

A atividade física também engloba as AVD, reportando-se estas às atividades com intensidade ligeira e às sedentárias (que dizem respeito às atividades com baixo dispêndio energético, tais como as que ocorrem na posição de sentado ou deitado), sendo que, estas são as atividades que ocupam a maioria do tempo das pessoas com AVC, enquanto as atividades moderadas a vigorosas refletem uma curta duração (Bailey, 2017).

Sabendo-se que o comportamento sedentário é especialmente preocupante, na medida em que contribui para o desenvolvimento de condições crónicas predisponentes à ocorrência e recorrência de AVC, torna-se assim imperioso que os Terapeutas Ocupacionais na sua intervenção, informem e consciencializem os seus pacientes acerca dos malefícios do sedentarismo,



reforçando os benefícios e promovendo a prática da atividade física (Bailey, 2017).

Assim, torna-se importante que ensinem os seus pacientes a modificar hábitos e rotinas para diminuição dos comportamentos sedentários, assim como, atividades de lazer que encorajem a prática de atividade física. A intervenção da TO é fundamental no caso das pessoas com AVC, dado que, são comuns as sequelas motoras e cognitivas, pelo que se torna imperioso a modificação e adequação de atividades e do contexto, no sentido de lhes facilitar a prática da atividade física (Bailey, 2017).

Posto isto, pelo aqui foi dito, foi nosso intento encontrar uma associação entre a atividade/exercício físico e a TO, que julgamos ver justificada pelo fato do cerne da intervenção da TO se prender com a promoção da participação em atividades significativas, nomeadamente as que dizem respeito à atividade/exercício físico.

Neste sentido, julgamos haver conceitos e objetivos comuns a estas áreas, na medida em que cabe à terapia ocupacional a capacitação da pessoa para o envolvimento em atividades significativas, como sejam a atividade/exercício físico.

Acresce-se o fato de que na sua prática corrente, embora a bibliografia a este respeito seja ainda parca, consideramos que seria pertinente que fossem tidos em consideração os fundamentos e a estrutura considerada aquando da prescrição de atividade/exercício físico, na medida em que a delineação de objetivos terapêuticos no âmbito da TO, em associação com os da prescrição do exercício físico enriqueceriam a intervenção posta em prática na grande maioria de patologias atendidas por esta especialidade, nomeadamente os AVC.

Ademais, como já referido no decorrer da realização do presente estudo, a atividade/exercício físico promovem a melhoria da aptidão física e o bem-estar, objetivo considerado e comum na prática da TO. Desta feita, o complemento da prática da TO com a da prescrição de atividade/exercício físico, com o intuito de melhorar a força, potência, resistência muscular, flexibilidade, equilíbrio e retardar as alterações fisiopatológicas e as suas limitações funcionais,

beneficiaria o processo reabilitativo posto em prática por esta área de intervenção.

Em nosso entender, seria importante a realização de investigação futura acerca desta temática, conducente a uma melhor prática baseada na evidência nesta área de intervenção.

## **Tarefas Descritiva e Interpretativa:**

Um diálogo entre a teoria e a *empíria*

---

*“Pessoalmente julgo que existe pelo menos um poema... que interessa a todos os homens que pensam: o problema de compreender o mundo, nós mesmos e o nosso conhecimento enquanto parte do mundo.” (Karl Popper)*



## 1. Corpo

Vivemos numa sociedade caracterizada pela mudança que se opera a um ritmo desenfreado, na qual todas as vivências consideradas “tradicionais” perdem o sentido e caminham para a finitude, onde está patente a constante mutação de comportamentos de formas de agir (Alves, 1999).

Segundo Sontag (1998), é desta sociedade na qual nos inserimos que recebemos constantes mensagens de superação de limites, alicerçadas num sistema económico que proporciona esta liberdade até agora sem precedentes.

É no centro desta sociedade, na sequência das mudanças ocorridas durante as últimas décadas do século XX, que segundo Ribeiro (2003), ressaltou a emergência do corpo que assumiu um elevado estatuto e adquiriu uma imprevisível onnipresença. Reforçando esta perspetiva, Bento (1995) afirma, de modo perentório, que é obrigatório falar do corpo.

Assim, o corpo alicerça-se no seio desta sociedade de um modo inequívoco, tendo-se tornado objeto ou mesmo sujeito de atenções e cuidados permanentes sob variadíssimas formas e dimensões (Pereira, 2004).

Desta feita, esta é uma sociedade na qual impera o culto do corpo, temática que surge como central, sendo que a imagem social está, em grande medida, associada à aparência física que cada um tem (Alves, 1999).

Reforçando o que acima foi dito, diversas áreas de conhecimento têm-se debruçados e muito se têm escrito acerca desta temática, o que vem demonstrando um retorno do corpo à atividade reflexiva, facto a que Garcia (1998), corroborando outros autores, denominam de ‘regresso do corpo’. A este respeito importam referir as palavras de Vergílio Ferreira (1994, p.15) quando refere que se tem assistido ao: “*regresso a mim, ao meu corpo, distinto e classificável onde todo o milagre aconteceu*”.

É esta a sociedade do presente, a sociedade do fugaz, do mundano e do corpóreo. É nesta sociedade que nos inserimos, ou pelo menos, nos tentamos

inserir. É nesta sociedade que se tenta passar a imagem da inclusão, na qual se quer passar a mensagem de que todos são incluídos, todos são vistos como iguais aos olhos de todos e por todos, a que a todos são dadas as mesmas oportunidades de realização. Mas na realidade é isto que se passa? Quantas vezes a inclusão não é fator de segregação? Como são os olhares da sociedade para quem é diferente, ou para quem ficou diferente?

Tal como várias vezes focado no decorrer da prossecução do presente trabalho de investigação, o corpo é tido como um elemento central e é o modo como cada um se apresenta aos outros e à sociedade. É neste contexto que o corpo irá adotar, segundo Garcia (1998), o papel de narrativa do eu, ou seja, irá assumir uma função de narrativa de autoidentidade (Giddens, 1994), desta feita, o corpo assume um modo privilegiado de apresentação do eu, dado que se torna, segundo Bento (1995, p. 204), num *“elevado fornecedor de sentidos e o símbolo da identidade”*, oferecendo *“possibilidades variadas aos processos de individualização e de fundamentação da identidade”*.

Também no caso das pessoas que sofreram um AVC, tema central de estudo do presente trabalho de investigação, o corpo assume-se como protagonista nas suas vidas, na medida em que os défices e as alterações que sofreram na sequência deste evento vascular refletem-se e repercutem-se a nível corporal e expõem-nos ao olhar avaliativo dos outros.

Este facto é abordado nas suas falas do quotidiano, das quais destacamos as seguintes, focadas pelos doentes com quem realizamos intervenção: *“É o pior que pode acontecer a uma pessoa, é não ser independente do seu corpo. A gente está à mercê dos outros”* (M./ Diário de Campo). Assim como, aquando da realização das entrevistas foi também um assunto destacado: *“O corpo ficou muito diferente”* (Entrevista 1, 6.06min.).

Ainda sobre este conteúdo, um aspeto central referido pela maioria dos entrevistados prende-se com os sintomas e as sequelas decorrentes do AVC. Os sintomas mais comuns são a diminuição da força muscular e/ou sensibilidade de um ou em ambos os lados do corpo, disartria, dificuldade na deambulação, défices de equilíbrio, alterações visuais em ou ambos os olhos e cefaleia súbita

e atípica, assim, os défices resultantes do AVC comprometem os sistemas motor, sensorial, cognitivo emocional e de comunicação (OMS, 2003; Verbrugge & Jette, 1994), que julgamos ser os que mais os preocupam na medida em que condicionam o seu desempenho nas diversas áreas da sua vida, sendo estes focados pela maioria dos entrevistados, tal como se revê no seguinte:

*“Agora, claro, sinto a diferença do braço, não tenho a ajuda do braço. Embora, agora, já vá ter alguma, mas pouca. Mas, tenho na perna também dificuldade em andar, dói um bocado, não tem força, noto que a perna não tem força, e às vezes, se insistir com ela, ela falha, cansa, cansa mesmo e, portanto, tudo isso, ... dificuldade em falar, porque noto que tenho dificuldade [...]”* (Entrevista 1, 8.53min.);

*“Perdi a visão, perdi a sensibilidade da mão, da parte direita do corpo...”* (Entrevista 2, 1.26 min.);

*“a mão tenho a dificuldade da mão, não é, e depois o pé. Pronto, o resto do corpo já não está tão adormecido, percebe, eu passo a mão e noto diferença do lado esquerdo, do lado direito, mas não é uma coisa já que me incomode, o que me incomoda é o braço, todo ele, todo, o ombro e braço, e o pé. Por exemplo deste lado, ninguém me pode tocar. Você vem-me por a mão e eu, calma, ...”* (Entrevista 3, 0.30 min.);

*“A gente fica com muitas mazelas, é fica, fica, eu sinto, eu sinto, por exemplo, canso-me muito, a fazer qualquer coisa canso-me [...]. Mas onde eu sinto é, esqueço-me muito e, como é que eu hei de dizer, hum, esqueço-me e sinto-me muito cansada. Sinto-me muito, mas mesmo muito cansada e não tenho aquele gosto assim que tinha”* (Entrevista 5, 15.15min.);

*“eu estive ano e meio numa cadeira de rodas e não falava, perdi a fala, depois recuperei 95%, o juízo, graças a Deus, ficou a 100%, só que sinto que, ...”* (Entrevista 6, 0.46min.);

*“É a parte da visão, quer dizer, vejo que, portanto, o que me deu que afetou um bocadinho a vista.”* (Entrevista 8, 4.35min.);

*“Eu sinto-me bem em tudo, só que isto [aponta para o braço] está afetado, não é. Sinto que isto está afetado, vou para a cama e noto, pronto, aquele formigueiro, não tenho posição, então estico um bocadinho o braço, pronto, mas estou na mesma” (Entrevista 9, 0.10 min.).*

Para além destas questões, um dos assuntos abordados por um entrevistado, prendeu-se com as alterações que se refletiram a nível conjugal na sequência do compromisso das funções motoras, tal como a seguir vem descrito: *“É claro que eu não tenho grande posição porque o braço, ... e claro, a nossa vida a nível de casal foi-se por água abaixo, não há aquele, ... vamos fazer 25 anos agora, mas não há aquele, eu não tenho, não tenho aquela vontade de agarrar o meu homem, de o beijar, não tenho, não tenho apetite” (Entrevista 4, 13.50min.).*

Os valores que têm vindo a ser focados no decorrer da realização deste trabalho de investigação e que caracterizam a conjuntura atual, julgamos que podem interferir na forma como as pessoas se revêm após o AVC, na medida em que consideram que deixam de cumprir e de integrar os valores instituídos na sociedade atual e consideram que tudo o que fizeram foi um “falhanço”, sentindo-se como que à margem, na medida em que não conseguem os níveis de desempenho prévios ao evento vascular.

Este facto é também corroborado por inúmeros casos que acompanhados no decorrer da prática profissional da investigadora, no entanto, importa ressaltar que é tanto mais passível de se constatar quanto maior o nível de afetação a nível motor, uma vez que estes défices são os mais notórios aos olhos dos outros. Assim, por uma avaliação mais “crítica” passam as pessoas envolvidas neste estudo de investigação, que infortunadamente padeceram de uma maior alteração corporal, detentores de maiores défices a nível motor na medida em que muitas vezes são e se sentem categorizadas e rotuladas, conotadas tantas vezes como “coitadinhas”. Este facto pode ser revisto no seguinte<sup>3</sup>: *“As pessoas amigas, a primeira vez que me viram depois de ter este*

---

<sup>3</sup> Importa aqui ressaltar que a entrevistada padeceu de três AVC, sendo que este último a deixou com sequelas motoras acentuadas.



*AVC, agora dizem-me que não parecia eu, [emocionada] eu como não vi, ... que estava muito diferente, que até nem pensavam, [...]* (Entrevista 1, 14.38min.), acrescentando que *“Até porque me disseram que eu que parecia um bolo, um pastel, ou qualquer coisa parecida, um bolo assim sem, já não me lembro de estar assim, que estava assim toda, que estava assim quase como a gelatina, estava um bolo todo, ..., mas eu achei que não, que não estava”* (Entrevista 1, 16.25min.).

Por outro lado, quem padece de outras sequelas não tão evidentes, nomeadamente sequelas motoras muito ligeiras, ou sensoriais que não são “visíveis a olho nu”, os seus discursos denotam que, embora sejam avaliados pelos olhares alheios, estes não são tão “críticos”, tal como se descreve em seguida nas falas de alguns dos entrevistados:

*“Eu acho que elas me veem, ao primeiro elas reparavam muito, punham-se a olhar, reparavam muito, agora não, agora, elas dizem-me que não se nota nada, pessoas minhas amigas [dizem] ó mulher tu estás mesmo boa, não se nota nada, parece que não tiveste nada, parece que não tiveste nada, mas eu sinto as coisas, não é, eu sinto, ...”* (Entrevista 5, 20.07min.);

*“Não sei, quer dizer, eu às vezes, por conversas que às vezes tenho com as pessoas, dizem é pá, tu estás, quer dizer, estás bem, [risos] deu-te o que te deu, mas tu estás simplesmente bem, quer dizer, não se nota nada em mim fisicamente que me tenha afetado, para que as pessoas reparem que eu que tenho alguma coisa, portanto sinto-me perfeitamente bem [...]* (Entrevista 7, 5.12min.);

*“Eu não sei, eu acho que me veem igual. Eu também não tenho muita convivência, as pessoas olham para mim, falam comigo e dizem então, correu bem, correu bem? E eu assim, correu graças a Deus, e dizem, então daqui a pouco não tem nada”* (Entrevista 9, 4.54 min.).

A este respeito importa referir a imagem ligada a quem teve um AVC, na medida em que a esta patologia, de um modo corrente, se encontram associados estados de dependência e incapacidade, caracterizados por alterações

corporais, dificuldades na manipulação, na marcha, fala, deglutição e à necessidade de utilização de tecnologias de apoio que facilitem, por exemplo a deslocação, tal como cadeiras de rodas, andarilhos, canadianas, assim, quem não apresenta essa imagem é visto como saudável, como estando bem, como se nem tivesse tido qualquer problema de saúde, tal como é de seguida focado: *“Eu acho que ninguém nota que eu tive um AVC, eu também não ando aí com a tabuleta na testa, as pessoas até olham para mim [e dizem] ai você é que ficou bem, e eu, pronto, está bem, percebe, porque AVC é as pessoas andarem de bengala, e não sei quê, de muletas, não é, as pessoas olham para mim, ai tu ficaste bem, nem parece que tiveste um AVC, pronto, está bem, nem estou para explicar, nem estou para me chatear”* (Entrevista 3, 18.10 min.).

Corroborando o que acima foi referido no que diz respeito à imagem associada a quem teve o AVC parece-nos pertinente o seguinte trecho: *“porque se eu quisesse, se eu tivesse vaidade, eu andava de muletas, mas eu nunca quis muletas, antes quero mancar do que usar muletas, o braço, vós não o vedes porque ele não anda dependurado, e eu tenho o saquinho, anda sempre pousadinho, meto as mãos aos bolsos e pronto, não vedes nada, porque era uma coisa que eu dizia sempre, que não queria que ninguém se apercebesse, muita gente nem sabe”* (Entrevista 4, 26.45min.). cremos que esta afirmação mostra bem o facto das pessoas acometidas pelo AVC não quererem ser consideradas como “coitadinhas”, na medida em que, apesar de terem sido afetadas por algo não esperado querem ser aceites e tidas em consideração como eram previamente ao evento patológico pelo qual foram acometidas.

Importa também salientar as referências no que respeita a alterações do foro cognitivo<sup>4</sup>, na medida em que, o facto de não apresentarem comprometimento ou défices a este nível é valorizado e considerado importante na sua reintegração quer a nível familiar, quer a nível social:

---

<sup>4</sup> Importa salientar que para a realização deste trabalho, tendo por base os objetivos delineados, foram definidos como critérios de exclusão que não serão integrados no estudo pessoas com qualquer condição que impeça o consentimento livre e informado e/ou a participação no estudo do indivíduo, tal como acontece no caso de pessoas com alterações mnésicas, de linguagem, que interfiram com a recolha de dados a partir da realização da entrevista.

*“O meu cérebro está bom, o meu corpo é que não. Os velhos quando não estão bons do cérebro só fazem coisa diabólicas” (C./Diário de Campo).*

*“Sinto-me outra pessoa fazendo alguma coisa do que não fazer nada, [...] e eu fico contente por uma coisa, porque além de não poder, eu acho que estive sempre consciente e acho que isso ajuda muito, porque podemos, vou tentar, vou-me esforçar, mas se a cabeça não está bem se calhar também não posso. E por isso eu tento fazer o melhor porque, da cabeça, pelo menos, eu lembro-me bem, estou consciente daquilo que passei” (Entrevista 1, 10.45min.);*

*“As outras pessoas veem-me, ora bem, graças a Deus, se eu estivesse [mal] da cabeça, [mas] converso normalmente com todas as pessoas, às vezes a minha mulher, até ia todos os sábados, ali acima que o meu irmão tem ali a tasca em cima, ver os amigos, conversar, portanto, os amigos veem-me que estou normal, é só estar preso” (Entrevista 6, 6.53min.). Este entrevistado sente-se valorizado na medida em que os amigos que mantém “Gostam de conversar comigo, ficam todos contentes quando me veem, porque realmente veem que eu que estou a par de tudo, leio o jornal todos os dias, vem O Jogo, vem o Notícias, vem a Gente, portanto estou a par de tudo, ... é só a parte motora, estou preso” (Entrevista 6, 7.18min.).*

Ainda a este respeito, é importante referir que as transcrições acima referidas são proferidas pelas duas pessoas entrevistadas com maior comprometimento motor. Assim, julgamos relevante focar este aspeto, visto que consideramos ser esta uma mais-valia na sua situação, na medida em que compensam os défices motores com a busca de estratégias e alternativas que permitam dar resposta às suas necessidades correntes.

Posto isto, um dos principais fatores que condiciona a apreciação do outro prende-se com a aparência corporal, sendo este um dos aspetos principais que rotula e estigmatiza e leva à categorização social, muitas das vezes de forma preconceituosa e estereotipada, focando detalhes como a roupa vestida, a forma corporal ou do rosto, estigmatizando aqueles cuja a aparência corporal não vai de encontro ao que é aceite em sociedade (Le Breton, 1953).

Neste sentido, focamos mais uma vez o facto de que quem não padeceu de sequelas motoras ou de outro tipo, mais notórias, não padece de “críticas” nem de olhares “indiscretos”, na medida em que os comentários a eles dirigidos não são depreciativos, mas quase que de admiração: *“Sim, sim, ninguém [nota] que eu que tive um AVC, [dizem] tiveste um AVC? Não se nota, tens boa aparência. Eu digo, pois eu nunca sofri da aparência”* (Entrevista 3, 18.48 min.).

Assim, esta conjuntura atual na qual, como refere Crespo (1990), são ressaltados e imperam valores de beleza, felicidade ou juventude que se relacionam com um corpo que se transformou num objeto de cuidados extremos, o facto de surgir algum acontecimento nunca esperado, tal como uma doença, um acidente ou outro evento que afeta a aparência corporal e a imagem com que cada pessoa se apresenta aos outros, pode interferir com a imagem que cada um tem de si, imagem esta socialmente criada, tal facto é passível de se revisto no seguinte: *“Já estou saturada disto. Isto cansa. Tanta roupa nova e da qual gosto e sapatos de salto alto que não posso usar. Já estou mesmo cheia desta situação”* (M./ Diário de Campo).

Neste sentido, importa agora referir a perspetiva focada por alguns autores (Alves, 1999; Selgas, 1994; Shilling, 1993) de que o corpo é tido como um dos fatores primordiais ao nível da construção do projeto de autoidentidade de cada um, pelo que, alterações percecionadas pelo indivíduo relacionadas com o seu corpo refletem-se na sua autoidentidade e na sua inserção em sociedade, sendo que, o corpo que temos e somos é componente essencial da identidade profunda de cada um.

Posto isto, e considerando a perspetiva de Bento (2009) que enfatiza que nesta sociedade são consagrados os valores de beleza, juventude, inovação e na estética, o que leva a que as pessoas busquem a remodelação do seu corpo, da sua vida, procurando enfatizar e modificar a identidade, a aparência e a apresentação do “eu”. No entanto, no caso do presente trabalho de investigação, foi passível de se constatar que o facto de terem tido um AVC e toda a conjuntura que se seguiu ao mesmo fez com que as pessoas entrevistadas sentissem menos vontade de dispensar tempo e cuidados a nível estético, sentem que a

vaidade que tinham se foi perdendo: *“Não me vejo como era antigamente, não. Uma coisa que eu também sinto é que era muito vaidosa e agora não sou. Às vezes ao domingo gostava de me pintar e assim e agora, ...”* (Entrevista 5, 18.47min.).

Este aspeto não se restringiu aos elementos do sexo feminino, tal como se constata nas palavras do seguinte entrevistado: *“Ora bem, [risos] veem-me velho, quer dizer, eu agora já me abandalho mais um bocadinho, claro, já não sou aquilo, eu era muito vaidoso, era muito, quer dizer, já sou diferente, já tudo está bem, pronto, já resolvo as coisas de outra maneira, é a velhice, a velhice não perdoa, a velhice não perdoa”* (Entrevista 8, 6.54min.).

Desta feita, no presente trabalho de investigação, dada a condição nosológica que afetou as pessoas entrevistadas, os cuidados voltados para o corpo prendem-se com as questões ligadas à saúde, na medida em que a saúde é um dos aspetos relacionados com o cuidado com o corpo em que se verifica um investimento mais universal.

Este facto pode ser revisto nas falas dos entrevistados, no respeitante a mudanças de atitude postas em prática no seu quotidiano no sentido de ser tornarem mais saudáveis com o intuito de melhoria do seu estado de saúde e prevenção de eventuais eventos patológicos:

*“Agora sinto que estou mais descontraído, que me sinto mais alegre, que me sinto mais bem-disposto, primeiro porque não trabalho, segundo mentalizei-me que não valia a pena estar a massacrar-me muito, mentalizei-me que as máquinas para mim e o trabalho acabou [...]. Então mentalizei-me que não valia a pena, já com a idade que tenho, que não valia a pena estar a massacrar-me mais, para não voltar a repetir”* (Entrevista 2, 4.28min.).

Outra entrevistada refere que se sente mais calma e a diminuição da toma de medicação e a gestão que tem vindo a fazer nesse sentido, comparativamente ao período precedente ao AVC:

*“Eu acho que fiquei muito mais calma, embora eu agora tome menos medicação, eu tomo Valium 5, se eu achar que estou muito nervosa, tomo 2, 3,*

*se eu achar que estou menos nervosa só tomo 1, conforme, e eu andava drogada de calmantes” (Entrevista 3, 11.57min.), acrescentando: “Não me enervo com tanta facilidade, não sei porquê, mas não me enervo” (Entrevista 3, 15.42 min.).*

Ainda a mesma entrevistada justifica as mudanças de atitude pelo facto de ter medo que o AVC se volte a repetir, o medo de morrer, de ficar mais dependente, tal como pode ser revisto no seguinte: *“Não sei, não sei, sinceramente não sei, talvez o medo de morrer, medo de ficar numa cadeira de rodas, isso ainda é pior a emenda que o soneto, não sei, sei que eu sou menos nervosa, isso eu sei, percebe, acho que não sou aquela pessoa tão nervosa como era, mas ainda me enervo” (Entrevista 3, 6.56 min.).*

Outro entrevistado foca também os cuidados com a alimentação como ponto importante no sentido de manutenção da saúde:

*“Sinto-me bem fisicamente, [...] e também tenho esse cuidado na alimentação, para não aumentar de peso e para eu me sentir, para eu poder apertar o cordão dos sapatos, (risos) porque os meus sapatos têm todos de ser de cordões, de maneiras que eu, portanto tenho de ter esse cuidado que é para poder fazer isso à vontade” (Entrevista 7, 10.31min.).*

Neste sentido, tudo o que aqui foi dito é corroborado por Ribeiro (2003) que frisa o aspeto de que, na sociedade atual, os cuidados de saúde visam o controlo efetivo de patologias rigorosamente identificadas numa tentativa de aproximação ao ideal do corpo são.

Outro dos aspetos focados no respeitante aos cuidados votados ao corpo prende-se com o trabalho e as questões laborais, na medida em que, segundo Crespo (1990), durante a modernidade os homens eram avaliados pela sua utilidade social, assistindo-se à valorização do corpo consoante a sua contribuição na afirmação dos valores do trabalho, rendimento e progresso. É importante ressaltar que mesmo as pessoas entrevistadas que já se encontravam reformadas aquando do AVC desempenhavam atividades e tarefas domésticas que, além de serem do seu agrado, eram necessárias ao seu

quotidiano e da sua família. Este aspeto foi focado ao nível do discurso dos entrevistados, na medida em que focam a importância que dão ao trabalho e à impossibilidade de o realizar decorrente do AVC: *“Eu trabalhar não vou trabalhar, mas eu gostava de ir trabalhar outra vez”* (Entrevista 4, 33.34min.).

Este facto é reforçado por Prost (1991) quando refere que os trabalhadores apreciavam no seu corpo características como a força física, a robustez e a resistência, ou seja, o corpo detinha um valor funcional, na medida em que estava sujeito à força do trabalho, tal como é reforçado nas seguintes palavras quando o entrevistado refere ter consciência de que não conseguiria cumprir com as suas obrigações laborais, na sequência dos défices do AVC: *“Se precisasse de fazer descontos, precisasse de trabalhar, ninguém me dava trabalho, porque eu não fazia nada, já não fazia nada, na altura eu fazia muita coisa e agora não fazia nada, eu agora não fazia nada”* (Entrevista 8, 3.02min.).

A mesma situação está patente nas palavras de outra entrevistada: *“Ocupo-me, e não estou em casa e saio e pronto, não é que eu trabalhe muito, porque não trabalho, perdi clientes, porque eu não dou rendimento, mas olhe, estou aqui, se me apetecer trabalhar, trabalho, se não me apetecer fecho a porta e vou embora, claro que não é o que era, nem pensar, isso é, estar a pensar que sim é querer engana-la a si e enganar-me a mim, não é. Sinto-me cansada, canso-me muito deste lado [esquerdo], por exemplo, se eu atender duas clientes seguidas, eu precisava de parar meia hora, percebe, quando isso não acontece eu começo a ficar nervosa, percebe, isso põe-me nervosa, não conseguir, saber que não consigo, percebe, isso deixa-me um bocado nervosa, mas pronto”* (Entrevista 3, 27.32min.).

Importa também focar os sentimentos que perpassam pelos entrevistados no decorrer de todo o processo terapêutico, e no modo como encaram a sua recuperação e como esta interfere com o seu modo de estar e de ser após o padecimento do AVC. Assim julgamos importante referir as palavras de Jana (1995, p. 63): *“eu abro-me ao mundo a partir do meu corpo e segundo o regime de funcionamento deste”*. Desta feita, o modo como o corpo funciona e reage irá condicionar toda a relação que se irá estabelecer com os outros, com o mundo.

Este facto pode ser encontrado e foi focado no decorrer da realização das entrevistas:

*“Agora, atualmente, dentro das possibilidades que tenho, sinto-me bem. Além das dificuldades que tenho de andar, muitas, mas sinto-me bem porque já faço muitas coisas que gosto. Já me levanto, já cuido de mim, tomo banho sozinha, vou fazendo o comer, vou fazendo muitas coisas, que realmente..., agora sinto-me bem. Acho que já posso fazer alguma coisa, apesar de tudo, acho que sou útil, já não me sinto triste, nem dizer que era só um peso”* (Entrevista 1, 1.02min.).

Outro entrevistado acrescenta: *“[...] Agora que, na verdade, estou muito melhor do que o que estava, eu de princípio estava num caos, eu de princípio estava completamente arrumado, não pegava numa esferográfica, não conseguia escrever o meu nome tão pouco, agora já escrevo, já seguro uma esferográfica, eu praticamente faço tudo, mas há ainda aquela sensibilidade, aquele peso ainda nos dedos, na perna, ... Na cabeça ainda tenho uma moedeira na zona do lado direito, mas coisa mínima, pouca coisa que se aguenta bem, perfeitamente. O resto não tenho mais problemas nenhuns”* (Entrevista 2, 2.30min.).

Também este entrevistado foca o facto de conseguir desempenhar atividades, associando o seu nível de funcionalidade ao sentimento de bem-estar: *“Neste momento sinto-me bem, sem problemas nenhuns, quer dizer tenho uma atividade normal, dentro das minhas jardinagens e outras coisas, não é, mas coisas muito mais suaves e mais brandas do que antes de me dar o que me deu, não é. Agora, pronto, enquanto me sentir bem vou fazendo alguma coisa também para ajudar a passar o tempo”* (Entrevista 7, 0.34 min.).

Estas falas demonstram a associação entre o sentir-se bem com o facto de conseguirem realizar determinadas atividades e tarefas no seu dia-a-dia, os sentimentos positivos associam-se ao nível de funcionalidade. Esta perspetiva é defendida pelo Modelo de Ocupação Humana, onde se inclui a atividade física, que descreve o foco de interesse da TO, área de atuação da investigadora. Esta vertente não pode ser deixada de parte, na medida em que a sua prática



profissional tem na base os pressupostos deste modelo que se baseiam na premissa de que a ocupação é um aspecto central da experiência humana, sendo a interação do indivíduo com o contexto o que é entendido como conduta ocupacional (Kielhofner, 2002). Desta feita, esta situação está bem patente nos discursos dos entrevistados:

*“Sim, porque eu não fazia nada. Não podia tomar banho, eu precisava de ajuda para tudo e eu sentia-me porque eu nem podia ficar só, eu tinha que ter uma pessoa quase para me fazer tudo, [chora] para me dar de comer. Agora já posso ir buscar a água, posso beber, posso ir buscar a comida, e pronto”* (Entrevista1, 1.39min.).

À semelhança do entrevistado anterior também este entrevistado foca a importância das questões relativas à funcionalidade no respeitante à sua recuperação: *“Nos primeiros dois dias eu estive meio paralisado, nem banho tomava e depois recuperei rápido, ao fim de três, quatro dias, já tomava banho sozinho, e então comecei a caminhar nos corredores do hospital e ao fim de cinco dias vim embora. Então fui para a fisioterapia onde fiz a recuperação muito boa, muito boa mesmo”* (Entrevista 2, 3.29min.).

O mesmo é salientado pelos entrevistados seguintes:

*“Eu estive sempre independente, só que, pronto, haviam alguns cuidados sobre mim, [...] eu quando fui para o hospital, eu ia tomar banho e havia sempre alguém que estava atento, que às vezes podia cair ou uma coisa qualquer, mas sempre fui independente, nunca tive assim necessidade de me darem banho, ou têm de me ajudar a levantar, não”* (Entrevista 7, 3.33 min.).

*“Sim, sempre consegui e agora já consigo melhor, fiquei ali um bocadinho que não conseguia muito bem, até o meu homem chegava-me a ajudar, logo que me deu, depois aquilo foi passando e agora faço na mesma, ...”* (Entrevista 9, 1.33 min.);

*“O vestir, atualmente, agora custa mais, mas visto-me sozinho, tomar banho, ainda preciso de uma ajuda, porque ainda não tentei sozinho, se tentar sozinho, com certeza, ...”* (Entrevista 10, 4.25min.).

Por outro lado, há também referências que falam no que ainda não conseguem realizar, nos défices de desempenho que mantêm que refletem um discurso menos positivo:

*“Sim, porque por exemplo, a mão tenho a dificuldade da mão, não é, e depois o pé. Pronto, o resto do corpo já não está tão adormecido, percebe, eu passo a mão e noto diferença do lado esquerdo, do lado direito, mas não é uma coisa já que me incomode, o que me incomoda é o braço, todo ele, todo, o ombro e braço, e o pé. Por exemplo deste lado, ninguém me pode tocar. Você vem-me por a mão e eu, calma, ...”* (Entrevista 3, 1.03min.).

Este facto é corroborado pelo seguinte trecho de outro entrevistado:

*“Nada, só, tenho de ter calma, não é?! Quem estava habituado a correr o mundo, e trabalhar e pôr-se a pé e vir... agora estou limitado a ler os jornais, o jogo, as revistas, a ver televisão. Houve tempos que consegui dar a volta aqui ao quarteirão, à volta da escola, agora deixei de ir, não posso, estou mais preso”* (Entrevista 6, 2.43min.).

Posto isto, torna-se aqui importante focar a perspetiva de Ribeiro (2003) que enfatiza a importância dada aos «órgãos nobres», internos (coração, pulmões) ou externos (olhos, ouvidos), que são valorizados pelas suas funções vitais ou pelo seu valor simbólico e, ainda os órgãos instrumentais (os membros, principalmente a mão), cuja falta é sentida como uma grave mutilação. Esta sensação, embora em sentido figurado, está patente nas falas e discurso corrente das pessoas estudadas, na medida em que deixam de ser capazes de fazer, pelo menos da forma como faziam previamente ao AVC, um conjunto de atividades que lhes eram familiares e necessárias, no entanto este facto levou-as a procurar alternativas para melhorar e conseguir um desempenho o mais similar possível ao prévio ao AVC, tal como se constata no seguinte:

*“Eu querer fazer de comer tornava-se complicado, não podia descascar umas batatas, não podia cortar uma cebola, difícil com uma mão, mas depois vi que a mão mesmo não podendo, eu podia meter aqui um descascador [simulou o movimento], com esta mão descasca, com a outra mão, ponho na tábua e parto, e por aí a gente sente-se melhor, porque se a pessoa que só tem um braço*

*consegue fazer tantas coisas, acho que nós, se esforçarmos também conseguimos” (Entrevista 1, 8.53min.).*

O mesmo é corroborado por outra entrevistada: *“Eu faço a minha vida toda, e ponho molas e tudo, agora, porque ao primeiro punha atravessado, mas agora já faço de maneira diferente, deito a meia, depois ponho a mola, fui-me adaptando. Mesmo ao nível da alimentação a fazer o comer, eu não consigo picar uma cebola, compro umas cebolas pequeninas para deitar no arroz, [...], uma coisa que peço sempre, mesmo a carne, ou que seja para assar, ou que seja para estufar, o que for peço sempre para me cortar, porque eu não consigo e eles cortam-me sempre a carne, porque eu não posso, eu não tenho força e às vezes para eu cortar a carne tenho de pôr um pano e esta mão segurar para cortar” (Entrevista 4, 16.07min.).*

Jana (1995) destaca que o corpo humano não é apenas um dado adquirido, mas deve ser trabalhado e construído, uma vez que um corpo nasce com determinadas possibilidades ou potencialidades que exigem estimulação e exercício para se traduzirem em capacidades ou competências. Assim, este facto pode ser revisto nas seguintes palavras dos entrevistados, que reforçam a importância da reabilitação para atingir melhorias e objetivos: *“Mas ao fim de ano e meio, dois anos, depois de eu estar contigo, a ser massajado, é que comecei a recuperar muito e a tentar brincar com a situação, não é, e fiz uma recuperação grande” (Entrevista 2, 7.50min.); “Agora que eu melhorei muito, melhorei, e estou muito melhor, lembra-se que nem, ...” (Entrevista 3, 2.22min.).*

Outro dos aspetos focados por um dos entrevistados que nos pareceu pertinente analisar prende-se com o facto de cada vez mais existirem vozes que defendem que as aquisições e as melhorias dos défices na sequência do AVC não se restringem aos primeiros 6 meses após o AVC, tal como é referido na primeira pessoa na passagem que apresentamos em seguida: *“Para o futuro, acho que, aquilo que diziam que chegando um tempo o AVC que para, eu para mim acho que não, que a qualquer altura há mudanças, e pode haver melhorias, porque eu tenho sentido ao longo deste tempo todo que já vai com quatro anos, e que eu nunca pensei que depois aos três anos, quatro, que ainda iria sentir as*

*melhoras que tenho sentido, porque tinha a sensação de que, já com a minha mãe tendo tido um AVC, eu dizia que num mês, dois meses se não melhorar, acabou, eu acho que não”* (Entrevista 1, 22.35min.).

Neste sentido, este facto vai de encontro ao descrito na literatura consultada que foca que anteriormente se acreditava que a recuperação de doentes com AVC terminava ao fim de alguns meses, pelo que, tradicionalmente a reabilitação destes doentes ocorria durante este período (Macko et al., 2001).

No entanto, existe uma evidência cada vez maior de que, apesar da maior recuperação se verificar nos primeiros seis meses após o AVC, a reabilitação tem um papel importante na promoção da melhoria de défices que não foram completamente restabelecidos na fase inicial. É conhecido que o grau de recuperação e de adaptação estão dependentes da gravidade e extensão do AVC e variam de pessoa para pessoa, assim como estão condicionados pela eficácia dos programas de reabilitação a que estão submetidos (Leroux, 2005). Este facto é corroborado por uma das pessoas entrevistadas, sendo importante referir que o seu AVC ocorreu há 7 anos: *“E ainda não parei de fazer terapias senão já estava numa cadeira de rodas, só nas férias, mais nada”* (Entrevista 6, 10.51min.).

Na perspetiva de Jardim (2016), o corpo pode ser visto como a dimensão mais privada do ser humano, mas em contrapartida, é através dele que nos damos a conhecer quando interagimos a nível social, sendo também um objeto social, público, dado que as representações que dele são delineadas são construídas socialmente e partilhadas, em consequência de este ser por excelência um objeto de troca social. Desta feita, e considerando que a imagem detém um papel primordial na sociedade atual, o corpo é, como refere Lacerda (2016, p. 28), tomando por base Rodrigues (2005), *“um factor de inclusão ou de exclusão social. A comunicação que ele veicula aproxima ou afasta as pessoas de determinadas realidades sociais”*.

A este respeito torna-se assim importante referir que no decorrer das entrevistas realizadas foi focado pelos entrevistados a importância do contacto e interação com outras pessoas que sofreram um AVC, nomeadamente pela

partilha e pela troca de experiências efetivada entre “iguais”, no respeitante ao corpo às questões de funcionalidade: *“A gente diz, uma tem dificuldade, a outra diz, e se calhar as duas vamos trocando experiências”* (Entrevista 1, 28.58min.). A mesma pessoa entrevistada alude ao facto desta partilha fomentar a interajuda, além de que, é uma tentativa de minimizar os momentos de desanimo que surgem amiúde a quem passa por esta situação, tal facto pode ser revisto no seguinte: *“Sim, como tentar fazendo sempre o que pode ser melhor para todos, não é, e animar um pouco mais quem está desanimado, porque eu também já tive muitos momentos, ...”* (Entrevista 1, 29.26min.).

Este facto vai de encontro ao descrito na bibliografia, na medida em que a identificação do outro como eu é estabelecer com ele uma relação social na qual nos constituímos e aprendemos. Na ótica de Jana (1995), esta relação provoca no outro uma autoidentificação e um processo que leva em consideração a identificação própria com a do outro, tal como acontece no caso das pessoas acometidas por um AVC.

Posto isto, quando questionados acerca de como estamos, as respostas fornecidas remetem para experiências íntimas do corpo próprio refletindo uma expressão imediata do existir e de estar existindo, dado que, a experiência do próprio corpo é parte fundamental do estar e sentir-se vivo num determinado contexto ou situação (Jana, 1995).

Assim, no caso das pessoas entrevistadas, o seu discurso é revelador das experiências e sentimentos profundos pelos quais passaram a partir, quer das suas vivências, quer do estabelecimento de relações e da identificação com a outra pessoa agora doente, facto que pode condicionar a relação consigo própria e com a sua autoidentificação. Tal pode ser constatado no seguinte: *“Agora quando eu cheguei à tua beira cá em baixo, não, aí estava, aí estava, ... podia até nem mostrar muita tristeza, que não poderia mesmo, mas eu estava, não é. Mas eu depois olhava para o adversário do lado que estava pior do que eu e eu disse que sorte eu tive...”* (Entrevista 2, 19.02min.). O mesmo entrevistado acrescenta: *“[...] eu sentia-me melhor do que eles, estás a perceber [...]. Que sorte eu tive porque eu já andava, já caminhava, pouco sim, mas já caminhava, não pegava na esferográfica e havia muita coisa que não conseguia fazer, não*

*é verdade, não conseguia fazer, mas comecei a recuperar, ao fim de um ano eu já era outra pessoa” (Entrevista 2, 19.33min.)*

Ao ler as palavras deste entrevistado ocorre-nos os *outros eus*, que Fernando Pessoa (2006, p. 190) tão bem descreve no seu poema:

*“Brincava a criança  
Com um carro de bois.  
Sentiu-se brincando  
E disse, eu sou dois!*

*Há um a brincar,  
E há outro a saber,  
Um vê-me a brincar  
E outro vê-me a ver.”*

Tomando agora por base as palavras de Entralgo (1989), estas permitem-nos refletir acerca da experiência que temos acerca do nosso corpo e do modo como influencia a nossa identidade e o nosso estar no mundo, podendo estas palavras ser reportadas para quem é acometido por uma condição ou processo patológico. Assim: *“a minha experiência do meu corpo, o que o meu corpo me diz, enquanto meu, dá-me consciência clara ou obscura do meu existir, da minha identidade no tempo, do meu estar na vida, da realidade do mundo, enquanto mundo de coisas e enquanto mundo de pessoas, da minha situação nele, do meu poder e da minha limitação, ...”*.

Esta citação é reforçada pelas seguintes palavras de Jana (1995): *“A simples percepção da minha existência leva consigo a consciência clara ou obscura de um poder (que eu posso ser e fazer algo) e de uma limitação (que eu não posso ser e fazer tudo; mais ainda: que mesmo na execução do que posso o meu poder não é nunca total...)”* (Jana, 1995 p. 82, 83), refletindo bem o que acontece no caso dos doentes que foram os sujeitos do presente estudo, no que

se refere à sua percepção relativamente ao seu corpo doente e às limitações que o acometem, tal como se revê no seguinte:

*“Ora bem, tenho dias, tenho dias que às vezes ando mais em baixo, basta eu ocupar-me um bocadinho do quintal, o quintal é muito grande e ter de fazer qualquer coisita, basta pegar numa enxadazita e trabalhar ali uma hora que eu fico logo todo escavacado, fico cansado. Deixa-me um bocado triste, porque nunca fui aquela pessoa, nunca fui, eu, quer dizer, eu agarrava, chegava, eu subia acima de uma árvore para cortar uns canos, [pegava] numa serra, numa vez até, ... eu dava cada lenhada nos dedos [risos] em cima das fruteiras e com a lenhada e coisa, metia-me a fazer sempre os trabalhos, era muito ativo”* (Entrevista 8, 10.12min.).

Desta feita, os sentimentos de insatisfação corporal, segundo Ribeiro (2003), resultam da avaliação negativa dos desempenhos do corpo próprio, que, por norma, andam sempre associados com alguma perturbação afetivo-emocional, na forma de ansiedade ou mesmo de sintomatologia depressiva. No caso do presente trabalho, os sentimentos de insatisfação corporal são os mais comumente observados na população que pretendemos estudar e a eles estão, por norma, associados, sentimentos de incapacidade, depressão, entre outros, tal como constata:

*“Às vezes desanimo muito, ainda ontem à noite estava muito desanimada, o meu genro é muito meu amigo e disse-me ó dona G. o que é que você tem, está muito desanimada, e eu, eu ria-me muito, andava sempre a rir, e eu agora não sou das que me rio assim muito, [disse] ó não tenho nada, [ele perguntou] o que você tem, está cansada? [disse] estou, estou cansada, ó não quero falar, deixa-me estar, há dias assim”* (Entrevista 5, 9.54min.).

Um entrevistado chegou mesmo a referir: *“Vejo-me com imensa pena, daquilo que eu era e do que sou agora...”* (Entrevista 10, 5.58min.), o que evidencia o diálogo entre o corpo doente e as memórias do corpo são.

Desta feita, é pelo corpo que temos percepção acerca do nosso poder e do poder dos outros, dado que pelo corpo exercemos poder enquanto sobre ele é exercido também o poder dos outros (Jana, 1995).

No que se refere ao modo como as pessoas acometidas pelo AVC reagem perante a doença, consideramos pertinente referir as seguintes palavras de Dalai-Lama (2004, p. 47): *“Aconteça o que acontecer, nunca desencorajem. Aquele que diz: “Hei-de conseguir” alcança os seus fins. Se pensarem: “É impossível, não tenho todas as minhas faculdades, nunca serei capaz”, irão certamente falhar.”* Estas, palavras poderão ser extrapoladas para os discursos das pessoas entrevistadas, tal como pode ser revisto no seguinte:

*“Tudo isto leva a que a gente tenha, se tem capacidade para se habituar a viver com nova vida, porque é diferente, mas depois tenta-se a primeira, tenta-se a segunda vez, como é que se consegue fazer e todos os dias vai aprendendo uma coisa diferente, até tentarmos da maneira que nos dá mais jeito [...], porque se a pessoa que só tem um braço consegue fazer tantas coisas, acho que nós, se esforçarmos também conseguimos”* (Entrevista 1, 8.53min.).

Este aspeto é corroborado no seguinte: *“Não, não pensei, nunca pensei isso e, portanto, quer dizer, enfrento, enfrento a vida, eu bem sei que há pessoas que lhe deu a trombose mais complicada, ...”* (Entrevista 8, 6.04min.).

Focando agora o aspeto da satisfação corporal que, segundo Ribeiro (2003), diz respeito à dimensão avaliativa predominante quando alguém confronta os desempenhos do seu corpo com as suas necessidades, desejos ou expectativas. O mesmo autor refere que no contexto da sociedade atual, o autoconceito e a autoestima dependem, em grande medida, dos desempenhos a nível social e, a este nível destaca-se também a elevada importância da imagem do corpo, quer a nível dos relacionamentos interpessoais, do desempenho de papéis, ou até numa simples exposição ao olhar dos outros. Neste sentido, da qualidade da relação com o corpo próprio depende a capacidade individual de comunicação e de relação com os outros.

Assim, a imagem do corpo e a sua capacidade de desempenho nos diversos contextos vai condicionar todas as interações estabelecidas e o desempenho dos diferentes papéis assumidos, bem como a análise que os outros fazem daqueles com quem contactam. Destarte, torna-se importante focar



a perspectiva das pessoas entrevistadas a este respeito nomeadamente as duas seguintes:

*“As pessoas dizem-me que me compreendem, dizem que tenho melhorado, que acham que eu estou melhor, que é mesmo assim, ter força para viver, e tirando ser um ou outro aquele que acha que, ainda acha que coitadinho, ajuda muito, ainda há aqueles que não ajuda nada, mas também a gente não dá assim tanto valor”* (Entrevista 1, 13.53min.).

Que é corroborado pelo seguinte entrevistado: *“Embora alguém pense isso, que possivelmente pensam, eu de coitadinho não tenho nada, nem quero ter. Nunca me vi assim. Não me aflijo com essas coisas. Tenho muitos amigos que me vêm visitar, [...]. Eu era uma pessoa que tinha muita convivência com toda a gente e assim é a vida”* (Entrevista 10, 9.13min.).

Importa agora focar o modo como as pessoas que sofreram um AVC reagem e lidam com a situação. A este respeito, Spitz (1997) focando Eksterman (1994) refere que a maneira como a doença é vivenciada é sempre um acontecimento singular, uma experiência pessoal, resultante da história de cada um, do seu modo de ser, de viver, de se relacionar. É a pessoa que dará à doença e às vicissitudes impostas por esta, um sentido particular, que só pode ser compreendido dentro do contexto da sua história de vida.

O mesmo autor refere que há aqueles que frente a uma doença se entregam a ela, dominados pela dor e desespero, paralisados na sua capacidade de luta, enquanto outros conseguem fazer da doença uma possibilidade de repensar a própria existência, de empreender mudanças (ainda a tempo), enfim, de colocar a vida em questão. Por fim, há ainda quem, frente aos sinais e sintomas da doença, tendem a reagir como se sua situação fosse banal, mesmo quando ela é grave.

Pudemos constatar alusões a estes modos de reação aquando da realização das entrevistas nomeadamente nas palavras da seguinte entrevistada que alude às diferentes fases pelas quais foi passando e às mudanças ao nível dos modos de pensar e agir subjacente às mesmas: *“Sim, já passei por muitas*

*fases, melhores, piores, mas depois que a gente, eu comecei a pensar, não, se morrer, tudo bem, mas se viver, tenho de lutar para estar melhor, porque não pensar só em mim, mas pensar também nos outros e não posso ficar a coitadinha que não se pode levantar, eu tenho que tentar, e dar a volta por cima, se não conseguir, paciência, mas se conseguir, tudo bem” (Entrevista 1, 30.45min.).*

Outro entrevistado, manteve uma perspectiva otimista, mesmo num estadio inicial aquando do internamento hospitalar, durante o qual o seu estado de saúde foi considerado grave. Assim, nunca se sentiu um peso, um fardo para a família na medida em que teve uma boa recuperação motora. *“Não, não, nunca senti isso, [nunca se sentiu um fardo] ... Porque isto que me deu, porque o que sinto agora e sei, não foi tão pesado assim. No hospital disseram que tive muita sorte, que tive muita sorte. Nos primeiros dois dias eu estive meio paralisado, nem banho tomava e depois recuperei rápido, ao fim de três, quatro dias, já tomava banho sozinho, e então comecei a caminhar nos corredores do hospital e ao fim de cinco dias vim embora. Então fui para a fisioterapia onde fiz a recuperação muito boa, muito boa mesmo” (Entrevista 2, 3.29min.).*

Pelo que aqui foi dito julgamos que o AVC leva a que quem seja acometido por este evento vascular passe, como que, por um processo de luto como resposta a este acontecimento.

Na pesquisa bibliográfica realizada é passível de se constatar que o conceito de luto está, por norma, relacionado com a resposta à morte de um ente querido, designando um conjunto de práticas sociais e processos psíquicos desencadeados pela morte de uma pessoa, com uma certa duração no tempo. Segundo a interpretação tradicional, este fato deve-se a um atenuar automático progressivo da dor, da impressão inicial produzida pela perda de um objeto amado (AA.VV. 1994).

No entanto, outras situações, tais como, o término de uma relação amorosa, a perda de um membro do nosso corpo, a ocorrência de um acidente, o padecimento de uma patologia, leva-nos também a falar de luto, na medida em que, todas estas situações são exemplos de perdas pelas quais a pessoa poderá

passar ao longo da sua vida e que levam a que cada um necessite de tempo para ultrapassar estas fases (Ramos, 2016).

Posto isto Howarth & Leaman (2001, p. 321) descrevem o luto como se tratando de *“uma resposta psicológica à morte ou a qualquer outra perda, e é igualmente a expressão ou comunicação dessa resposta... O luto é um processo de posicionamento face à perda e à morte. Num sentido lato, toda a mudança requer luto. Faz parte do processo normal e saudável, ainda que perturbador, da perda”*.

Neste sentido o padecimento de um AVC leva a um conjunto de mudanças e perdas a vários níveis. Assim, aqueles que são acometidos por esta patologia, em resposta a essas mudanças, passam por várias fases reativas a esta situação e ao que ela acarreta e considerando as dimensões psicológica, sociológica e cognitiva, surge um procedimento fundamental comum a todas as pessoas, na medida em que a experiência da perda é associada, num primeiro momento à sua negação. Posteriormente, numa fase mais avançada de reação a este evento, é comum a aceitação que exige uma substituição simbólica, na medida em que algo deve tomar o lugar daquilo que se perdeu, reconstituindo-o a outro nível (AA.VV., 1994).

Neste sentido o processo de luto é comumente descrito como passando por diferentes fases, ou estadios sequencialmente ordenados no tempo. Howarth & Leaman (2001, p.321), focam as teorias desenvolvimentistas, e referem que estas *“ênfatisam o carácter de construção progressiva e de orientação para um objectivo do processo. Em traços gerais, estas teorias descrevem (1) a reacção inicial, (2) o processo de consciencialização e o lidar com a perda e (3) a resolução do processo de luto”*.

Assim, os mesmos autores referem que a progressão temporal deste processo se inicia, por norma, pelo choque, seguindo-se as fases intermédias que contemplam a interiorização e a consciencialização da perda e, por fim, o abandono do luto e consequentemente uma reorganização adaptativa. Importa ressaltar que estas fases não são experienciadas de igual modo por todas as

peessoas e também variam consoante o tipo de perda, sendo que a duração de cada uma delas é variável.

Assim, são várias as alusões dos entrevistados a cada uma destas fases. Desta feita, são focados os sentimentos iniciais de choque, convertidos em sentimentos de revolta, negação e depressão face ao que os vitimou, tal como está patente no seguinte:

*“Sim, sim, claro que eu andava triste, olhava para mim com quarenta e cinco anos, eu digo mesmo, a minha vida acabou aos quarenta e cinco anos, a minha e a do meu homem, que o meu homem também tinha quarenta e cinco anos...”* (Entrevista 4, 30.13min.). A mesma entrevistada reforça *“Não, não, claro que eu tinha dias que me sentia um bocado revoltada, claro, a gente quer fazer o trabalho, agora não me importa, ...”* (Entrevista 4, 9.29min.).

Momentos de depressão foram também experienciados por este entrevistado: *“Passei por momentos desses [depressão], quando fui para Braga passei por momentos desses, embora aquilo era um espetáculo em Braga também, mas passei por esses momentos ...”* (Entrevista 10, 15.49min.).

As fases intermédias de interiorização e a consciencialização da perda foram também vivenciadas pelos entrevistados, tal como se descreve no seguinte:

*“A gente acha que nunca mais melhoramos, que nunca mais, que vai ser diferente, que tornamo-nos só um peso, é diferente, depois, a gente quando se levanta pensa diferente”* (Entrevista 1, 29.58min.).

Outro entrevistado alude ao seguinte: *“Eu que fazia tudo, não é, e a partir daí teve que ser ela [esposa], até cortar a relva, fazer tudo que eu não posso fazer nada, nada mesmo, só estorvo, mas a vida é assim, não é, o que é que havemos de fazer”* (Entrevista 6, 5.19min.). Estas palavras fazem-nos recordar Miguel de Unamuno (2001, p. 110) quando refere o seguinte: *“A dor é o caminho da consciência e é através dele que os seres vivos chegam a ter consciência de si próprios. [...] A consciência de si mesmo não é senão a consciência da própria limitação”*.

O mesmo aparece focado nas seguintes palavras: *“Como é que me vejo? [risos]. Vejo-me, é lixado não é, vejo-me, ... isto não é vida nenhuma, mas o que é que lhe havemos de fazer, temos de ter calma, paciência, não se pode fazer nada, ...”* (Entrevista 6, 6.21min.).

A mesma consciencialização da perda é salientada por outra entrevistada: *“Sim, sim, eu quando estava em Famalicão, sempre na cama, pensava tudo, eu afligia-me muito, eu dizia assim, tenho a canalha, tenho os netos, o que vão ser deles, não é, mas aquilo passou, eu vim para casa, ao princípio o meu homem não me deixava fazer as coisas, depois passado dois dias, três, eu fazia devagarinho, não demorava meia hora, demorava uma, não é, ...”* (Entrevista 9, 3.16min.).

Após esta fase intermédia apercebemo-nos nos discursos dos entrevistados de uma atitude de aceitação e adaptação que reflete o processo de resolução do luto perante o AVC e o que este representou nas suas vidas, tal como se descreve nos seguintes trechos colhidos a partir da realização das entrevistas:

*“Hoje em dia, apesar de tudo, como já posso, consigo falar, consigo fazer a vida diferente, vejo-me bem, tentar adaptar-me a uma nova vida e sinto-me bem, porque ter os que gosto e ter as minhas filhas é o principal”* (Entrevista 1, 13.13min.).

O mesmo tipo de discurso está patente nas palavras deste entrevistado: *“Agora sinto que estou mais descontraído, que me sinto mais alegre, que me sinto mais bem-disposto, primeiro porque não trabalho, segundo mentalizei-me que não valia a pena estar a massacrar-me muito, mentalizei-me que as máquinas para mim e o trabalho acabou, porque foi nas máquinas e o sistema nervoso, penso que foi isso, o sistema nervoso, a ansiedade, levantava-me cedo para ir para as máquinas trabalhar, para orientar as pessoas que tenho, foi o que me deu este AVC, eu penso que foi por aí, mas eu não sei. Então mentalizei-me que não valia a pena, já com a idade que tenho, que não valia a pena estar a massacrar-me mais, para não voltar a repetir”* (Entrevista 2, 4.28min.).

Um discurso que reflete a adaptação ao AVC está patente nas seguintes palavras destas pessoas entrevistadas:

*“Vim para casa e ia começar a nova vida, devagarinho, devagarinho, ...”*  
(Entrevista 4, 6.27min.).

*“... como já vai há dois anos já é, pronto adaptei-me, ora precisamente, que já nem noto coisas que eu estava habituada a usar as duas, não é, antes do AVC, eu agora noto que, esta [esquerda] ponho-a de lado inconscientemente e é sempre esta [direita]”* (Entrevista 3, 32.18 min.).

*“Adaptei-me logo, graças a Deus, que era uma pessoa dinâmica, adaptei-me logo, por sorte que alguns, ...”* (Entrevista 6, 5.32min.).

Julgamos que o processo de reorganização adaptativa foi também operacionalizado e estendido às adequações e adaptações feitas aos diversos modos de atuar e contextos onde as pessoas por nós estudadas se inserem, na medida em que foram focadas as adaptações que levaram a cabo no desempenho das diferentes AVD, no sentido de verem facilitado o seu desempenho, : *“... quando me deu [AVC], eu tive de me adaptar, nunca pedi a ninguém, nem para me apertar o soutien, essas coisas todas, eu comprei soutiens, mandei-os coser todos na costureira, vestia-os como uma camisola e já está, fiz sempre isso, agora não, agora devagarinho já consigo, já viro para trás, as calças era igual, uma costureira fazia-me as calças de elástico, de bolso, ninguém via nada, sapatos, optei sempre por não ter cordões, para ser fácil para eu calçar e para tirar. A roupa, ainda não, o vestir blusas, custa-me apertar os botões, isso não vai, além de ter o aparelho [abotoador] para apertar os botões, não vai, tive de optar por outras maneiras, ou vestir camisolas, ou de outra maneira, de resto faço tudo”* (Entrevista 4, 35.13min.).

O mesmo acontece nos contextos onde as pessoas se inserem, nomeadamente as adequações no domicílio que levaram a cabo no sentido de melhorar e facilitar o seu desempenho, considerando a sua condição atual, focadas nas citações a seguir apresentadas:

*“Estou a falar com um Engenheiro para fazer um anexo na casa e ter melhor acesso, não vá piorar” (I. /Diário de Campo).*

*“Já preparei a minha casa toda, não tenho uma única escada...” (M./ Diário de Campo);*

*“Muitas coisas foram mudadas para eu poder, eu é que estou em casa, eu é que sei, eu é que tenho de ter tudo à minha maneira, é assim” (Entrevista 4, 19.53min.).*

Intimamente ligado a este processo de reorganização adaptativa que reflete o processo de resolução do luto perante o AVC, várias foram as alusões dos entrevistados às expectativas e à esperança que depositam no futuro.

A este respeito parecem-nos pertinentes as palavras de Anselmo Borges (2002, p. 163): *“O que vincula os homens, vivos e mortos, é a esperança, a esperança fundada nas experiências de sentido e aberta ao Mistério indizível e que chega, que vem ao nosso encontro. Afinal, nem a natureza nem Deus disseram ainda tudo quanto podem e têm para nos dar”.*

Assim, a este respeito observamos que o discurso de alguns dos entrevistados refletia o medo pelo futuro, pela recorrência de outro AVC que acarretasse um maior número de perdas e limitações, agravando o seu estado e nível de dependência. Este facto pode ser revisto no seguinte:

*“Não sei, não sei, sinceramente não sei, talvez o medo de morrer, medo de ficar numa cadeira de rodas, isso ainda é pior a emenda que o soneto, ...” (Entrevista 3, 6.56 min.).*

O mesmo aparece vincado nas citações destes dois entrevistados: *“Ai eu tenho medo que me torne a dar e fique para aí numa cadeirinha de rodas, é o medo que eu tenho, eu tenho muito medo, eu, ... é a tal coisa, quando me dá assim as tonturas começo logo a cismar, é o meu medo, tenho muito medo...” (Entrevista 5, 29.22min.).*

*“O futuro está tramado. O futuro é pensar em ir para um lar, estou a ver que a minha mulher se estiver doente estou logo tramado, não é, se ela tivesse*

*saúde, eu estou bem e ela vai fazendo o que pode, mas ela se adoecer, eu não faço mesmo nadinha. [...] tenho de ter uma pessoa sempre permanente para me vestir, senão estou na cama todo o dia. Tenho piorado, até conseguia pôr-me a pé e vir á cozinha, mas agora até não posso andar, a mulher tem logo, na cama, tem logo de calçar uns sapatos, o pé tem tendência a ... a tala senão então não andava..."* (Entrevista 6, 9.38min.).

Por outro lado, um discurso mais positivo de aceitação e esperança pelo que o futuro trará foi também focado pelas pessoas entrevistadas:

*"Eu tento sempre, eu quero tentar sempre, até um dia que vou, mas, e tenho sempre a esperança que amanhã possa melhor, por isso é que eu, custame a aceitar que me digam que não é para mais nada, que isso agora que é assim, eu não, ... é difícil aceitar que é assim, eu tenho que ser melhor amanhã, ou olhe, ... se for igual paciência, mas nunca para pior, mas pelo menos penso que vai ser melhor"* (Entrevista 1, 31.39min.). Julgamos que estas palavras vão de encontro à perspetiva apresentada por Dalai-Lama (2000, p. 12): *"Parece-me que somos apoiados pela esperança nesta grande busca da felicidade. Sabemos, mesmo se não o admitimos, que não há garantia alguma de uma vida mais feliz e melhor do que aquela que vivemos hoje. Como diz um velho provérbio tibetano, amanhã ou a próxima vida – quem sabe qual chega primeiro? No entanto temos esperança de continuar a viver. Esperamos obter a felicidade através desta ou daquela acção. Tudo o que fazemos, tanto individual como socialmente pode ser visto em termos dessa aspiração fundamental"*.

O mesmo é corroborado pelo seguinte: *"Sempre, sempre, sempre, também não sou sempre positiva, mas acho que sou muito lutadora, acho que sim"* (Entrevista 3, 26.25min.).

Outro fator referido como sendo importante e ao nível das expetativas favoráveis em torno do futuro prende-se com a família, nomeadamente o desejo que manifestam por ver os netos crescerem, tal como é referido por dois entrevistados:

*"Oh, ver o meu neto crescer"* (Entrevista 3, 24.57min.);



*“Eu para o futuro gostava de ver os meus filhos crescer mais uns anos, os meus netos, isso é que eu gostava de ver, espero bem que consiga ver isso. Estão todos a crescer, o mais velho tem três anos e meio, sensivelmente, e, portanto, espero bem vê-los homens feito, como se costuma dizer” (Entrevista 7, 8.09min.).*

Assim, socorremo-nos das palavras de Dalai-Lama, na sua obra *“Ética para o Novo Milénio”* (2000, p. 12), para sintetizar os sentimentos e modos de agir das pessoas por nós entrevistadas no que se refere à esperança depositada no seu futuro: *“O desejo ou a propensão para procurar a felicidade e evitar o sofrimento não conhece fronteiras. Está na nossa natureza. Como tal, não precisa de justificação e é validado pelo simples facto de a desejarmos natural e legitimamente”.*

## **2. Saúde Versus Doença**

Segundo Giddens (2009, p. 146), *“O mundo de hoje, em rápida transformação, apresenta novos riscos e desafios que podem afetar os nossos corpos e a nossa saúde. Mas proporciona-nos igualmente a possibilidade de fazermos as nossas próprias escolhas acerca de como viver o quotidiano e cuidar da nossa saúde”.*

A importância dos aspetos culturais, sociais e ambientais no que se refere ao fenómeno saúde-doença, não é de agora, tendo sido tema de discussão da I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, que ocorreu em Ottawa em 1986. Nesta conferência foi reafirmado o seguinte: *“A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as*

*circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros”* (OMS, 1986, p. 4).

Assim, tendo por base o contexto atual, no qual, como já foi referido no decorrer da realização do presente trabalho de investigação, estão patentes e são considerados ideais de produtividade, caracterizando-se pelo fenómeno da mutação em que o ritmo desenfreado provoca alteração de práticas sociais e dos comportamentos e modos de agir preexistentes (Alves, 1999).

Posto isto, esta situação acarreta exigências a vários níveis a quem quer e pretende cumprir com os requisitos impostos, exigências estas que poderão, em estado limite, comprometer o equilíbrio corporal. Neste sentido, Jana (1995) defende que esta situação se prende com razões biológicas, mas também culturais, dado que um determinado comportamento pode ocorrer sem ter subjacente um desequilíbrio biológico.

O mesmo autor acrescenta que se tem vindo a assistir a um número crescente de alertas que referem que as condições às quais sujeitamos o corpo, em sequência a razões socioculturais, o obrigam a responder acima da sua capacidade, sendo o stress um exemplo disso.

A este respeito são várias as alusões das pessoas entrevistadas ao stress, ocasionado por diversos motivos, nomeadamente questões de ordem familiar, exigências dos papéis familiares assumidos, entre outros aspetos, como sendo as causas do evento vascular pelo qual foram acometidos:

*“Aí poderia ser um bocado culpa minha, ou não. Andava muito nervosa, com muito stress, muito, ... e, às vezes falhei a medicação. Talvez isso ajudasse também, aí tive o AVC, aos 55, hemorrágico”* (Entrevista 1, 5.56min.).

Esta ideia é reforçada por outra pessoa entrevistada: *“Eu agora também durmo mal, mas pronto, eu penso que foi o stress, eu penso que nem foi o tabaco, nem foi o colesterol, nem foi ... eu andava há 2 anos, ... porque me zanguei com uma filha minha, e eu acho que foi, para mim foi isso”* (Entrevista 3, 12.23 min.).

E nas citações seguintes mais uma vez a referência ao stress como fator que julgam ser o predisponente:

*“E para mim o AVC deu-me por causa do sistema nervoso e o sistema nervoso o que é que foi, ...”* (Entrevista 4, 24.15min.).

A mesma referência foi feita por esta entrevistada *“O stress, stress, [...] Mas esta canseira de ir para lá todos os dias, depois vir para fazer sopa para a menina, depois esta canseira, este stress, eu estou na cama e estou sempre a pensar, ...”* (Entrevista 5, 5.33min.) que acrescenta: *“a médica do AVC, disse-me dona G. isto foi tudo stress, não se enerve ande calma, faça o seu trabalhinho, isto foi tudo stress. Mas olhe eu acho que também já foi o ter de ser”* (Entrevista 5, 6.23min.).

Nas citações seguintes mais uma vez se constata o facto de os entrevistados darem muito de si com o intuito de cumprirem com as suas obrigações laborais, facto que os sujeitava a uma pressão e stress constante, estados que eles consideravam como sendo propensos ao evento vascular:

*“Levantava-me às seis da manhã, eu era maluco aí a trabalhar, de certo estava avariado, não estava bem, comecei a agarrar-me aí às máquinas a trabalhar, quando eles vinham para trabalhar, eu Jesus, já estava aí a transpirar [...] foi quando me levaram ao hospital a Riba de Ave, de Riba de Ave, Famalicão e foi que me disseram que tinha um AVC e eu nem sabia o que era isso, (risos), sinceramente eu nem sabia o que era, porque eu só estava focado no trabalho, eu só estava focado no trabalho e nada mais”* (Entrevista 2, 11.56min.).

A mesma ideia está patente na seguinte citação: *“O próprio serviço, a gente sentia-se um bocado enervada com o trabalho”* (Entrevista 6, 1.41min.).

Que vem a ser reforçada por outro entrevistado: *“Eu sentia-me, eu sentia-me bem, mas também tinha uma atividade muito intensa, [...] tudo junto, se calhar foi um acumular de pequenas coisas que depois [deu] nesta situação”* (Entrevista 7, 1.11min.).

Assim, podemos constatar que no discurso dos entrevistados as questões ligadas ao stress e ao trabalho são apontadas como as principais justificativas

para a causa do AVC. Este facto julgamos que poderá ficar a dever-se, tal como já referido anteriormente, na importância de corresponder e ir de encontro aos padrões da sociedade atual que vive a um ritmo desenfreado, na qual os modelos de produtividade e excelência são tidos como fulcrais. Desta feita, só singra quem cumpre os referidos padrões, posto isto, há um comportamento vigente partilhado pela maioria dos elementos da sociedade no sentido de manter ao máximo essa imagem e os referidos padrões, por vezes prejudicando determinadas áreas, nomeadamente a que se prende com a saúde.

Assim, tudo o que aqui foi referido vai de encontro ao que é defendido por Featherstone (1991), quando alude às exigências impostas ao corpo, nomeadamente o funcionamento ajustado e salutar do corpo interior e a aparência bem cuidada do corpo exterior, neste sentido, o corpo é tido como um sinal, uma mensagem que reflete essa pessoa.

Neste caso o reflexo dos entrevistados, o sinal demonstrado pelo corpo sob a forma de AVC, transmite uma mensagem de que algo não está bem:

*“É uma sensação um bocado difícil de poder explicar, porque é difícil de a gente ter palavras para explicar o que sente”* (Entrevista 1, 19.58min.).

Esta situação é referida por outro entrevistado: *“A primeira vez que fui para o hospital, no hospital disseram que era stress e ansiedade, pronto, deram-me um comprimido debaixo de língua e fiquei bem. Depois, passado oito dias volta outra vez o lado direito a querer adormecer, a formigar, e eu porra outra vez isto, e eram sete ou sete e tal da noite quando eu disse à minha mulher não faças jantar para mim que eu vou para a cama, já tenho o corpo a dormir outra vez, lá o raio da ansiedade, o stress”* (Entrevista 2, 11.56min.).

O mesmo facto aparece aqui reforçado na citação de outra entrevistada: *“Porque eu tive uma altura, penso que me deu qualquer coisa, mas depois fiz um eletrocardiograma e estava tudo bem, eu tive uma dor muito forte no peito e ficou a doer-me muito o braço e isso é uma trombose, ou pode ser, ... no eletrocardiograma que eu fiz logo a seguir e um ecocardiograma, não acusou*

*nada. Eu penso que aí, ... e foi quando a minha filha saiu de casa ...”* (Entrevista 3, 12.23 min.).

Alusão semelhante às anteriores aparece espelhada no seguinte: *“Ora bem, eu sabia que eu às vezes que não conseguia, pronto, às vezes eu estava à espera da camioneta e tinha de me encostar porque parece que andava assim meia atordoada [...] Era para aí uma da manhã, eu acordei para vir à casa de banho e não conseguia pousar o pé porque eu não tinha forças e sentia que a voz que arrastava, eu não tinha falado para ninguém, eu é que senti a boca torta, então chamei pelo meu homem e ele pôs-se logo a pé, e são coisas que não me esquecem”* (Entrevista 4, 1.20min.).

Ideia semelhante aparece descrita na frase de outro dos entrevistados: *“Eu quando me deu a primeira vez e a segunda, aquilo passado, se calhar uma hora, eu estava fisicamente não, mas mentalmente eu estava praticamente novo, quer dizer, estava normal, só que depois, claro tive necessidade de ter alguns cuidados mais profundos, [...]”* (Entrevista 7, 4.08 min.).

Assim, tomando por base o que aqui foi dito a maioria das pessoas entrevistadas chegou, como que, a um estado limite na medida em que foi vítima de um AVC que interferiu com a maioria das suas áreas e papéis vitais, sendo o corpo o “veículo” transmissor desta imagem. Desta feita, esta situação acarretou alterações nos padrões da vida quotidiana e na interação com os outros, na medida em que, tal como refere Giddens (2009, p. 160) *“o funcionamento «normal» do corpo é uma parte vital, mas frequentemente não visível das nossas vidas”*.

Neste sentido, é importante que os nossos corpos funcionem de um modo adequado, na medida em que o próprio sentido de identidade pessoal de cada um depende da expectativa de que o corpo promova e facilite as interações estabelecidas, bem como, a realização das atividades do dia-a-dia. Este aspeto foi focado pelos entrevistados, na medida em que ficaram com sequelas decorrentes do AVC que lhes comprometeu a funcionalidade e o seu desempenho nas suas atividades diárias:

*“As alterações, ... é muito normal que as alturas que sinto, apesar que não posso fazer aquilo que fazia tudo. A questão de baixar sem dificuldade, claro, torna-se difícil, embora já me consigo, melhor um bocado equilibrar, mas tenho dificuldade no equilíbrio, no abaixar, não posso chegar ao chão ou ajoelhar um joelho ou assim, não, tenho de ter cuidado porque se cair no chão fico à espera que alguém me ajude, já por isso é muito diferente, porque já vou apanhando as coisas do chão, uma coisa ou outra que me caia, mas não tudo. Eu também tenho de ver até onde posso ir, mas já é bom.”* (Entrevista 1, 12.26min.). A mesma entrevistada acrescenta: *“Sentia a cair para o lado direito, sentia que não tinha força e caía, o corpo fica preso, o lado direito estava preso e ao mesmo tempo sem força nem para me virar, não conseguia arrastar o lado direito, e a dificuldade, nem a perna nem o braço, não tinha força para arrastar, para me virar”* (Entrevista 1, 19.35min.).

Outra entrevistada alude ao mesmo aspeto: *“Agora não posso, é que não posso mesmo, não posso. Estender roupa, há alturas que estendo bem, há alturas que me agarro ao arame, apreço que vou assim a cair, é essas coisas. Eu antes de me dar isto [AVC] eu fazia tudo, não parava, limpava o jardim, ainda na outra semana veio aqui um moço limpar-me este jardim por aqui abaixo, tenho medo de me aninhar. Agora estender a roupinha no meu vagar, quando ando mais coisa [tonta], eu agarro-me”* (Entrevista 5, 10.36min.).

Que também aparece reforçado no seguinte: *“Nada, só, tenho de ter calma, não é?! Quem estava habituado a correr o mundo, e trabalhar e pôr-se a pé e vir... agora estou limitado a ler os jornais, o jogo, as revistas, a ver televisão. Houve tempos que consegui dar a volta aqui ao quarteirão, à volta da escola, agora deixei de ir, não posso, estou mais preso”* (Entrevista 6, 2.43min.). O mesmo entrevistado acrescenta: *“Eu simplesmente só consigo comer com a mão esquerda e habituei-me a assinar, aprendi lá em baixo [Hospital Riba de Ave], e fazer a barba com a mão esquerda, mais nadinha, de resto a mulher tem que calçar tudo, tirar meias, sapatilhas, calças, ela é que, coitada, e não pode, mas tenta, é a vida que temos...”* (Entrevista 6, 4.02min.).

Opinião similar é tida por outro entrevistado: *“Antes, eu fazia tudo nada, quer dizer, nada tinha importância, eu agachava-me, eu agarrava aí, eu fazia trabalho.”* (Entrevista 8, 1.37min.), acrescentando: *“Vejo-me uma pessoa que já não posso resolver, se for preciso qualquer vida de tal maneira como resolvia, vejo-me incapaz [risos]”* (Entrevista 8, 5.17min.).

Outro entrevistado refere que embora mantenha algumas sequelas, o seu desempenho foi praticamente restabelecido a níveis prévios ao AVC: *“Perfeitamente, muito melhor. Agora a única coisa que tenho, fiquei com as mazelas é a sensibilidade na ponta dos dedos, o resto estou quase normal.”* (Entrevista 2, 0.25 min.). O mesmo entrevistado acrescenta que: *“Já faço tudo, onde eu não fazia. Na altura quando me deu eu paralisei, mas depois recuperei”* (Entrevista 2, 0.59 min.).

O mesmo aparece focado no seguinte: *“Ora bem, eu noto, por exemplo, que esta parte [direita], [...] eu a principio espetava-me assim [exemplifica], por exemplo assim dos lados, e parece que não tinha reação, estava tudo dormente, agora já espeto e já sinto que me dói, não é, e tive ali um tempinho que eu espetava e não sentia nada, mas agora se eu espetar já sinto que me está a doer,[...] [eu pensava] se calhar vou ficar assim, a perna também fazia a mesma coisa, [...] sentia que o pé que estava dormente também e agora já não sinto, acho que isto que está e que o pé já não tem nada”* (Entrevista 9, 5.48min.).

O facto de não cumprir com os padrões anteriores interfere com o estado emocional das pessoas afetadas com o AVC, tal como pode ser revisto no seguinte:

*“Eu sei lá, tem dias, tem dias que me sinto melhor, tem dias que me sinto pior, tem coisas que eu ainda não consigo fazer, pronto, há dias, ...”* (Entrevista 3, 0.03 min.). Este aspeto leva a sentimentos como são descritos em seguida, focados pela mesma entrevistada: *“Eu sinto-me todos os dias mal”* (Entrevista 3, 0.24 min.).

O mesmo é reforçado por outro entrevistado: *“Era eu que fazia tudo, não é, e a partir daí teve que ser ela [esposa], até cortar a relva, fazer tudo que eu*

*não posso fazer nada, nada mesmo, só estorvo, mas a vida é assim, não é, o que é que havemos de fazer”* (Entrevista 6, 5.19min.).

Posto isto, constatamos que nos relatos das pessoas entrevistadas o trabalho é tema central nas suas vidas em íntima ligação com o seu grau de funcionalidade no desempenho das suas atividades e tarefas do quotidiano.

Intimamente ligado a este aspeto focamos a importância que os entrevistados dão à saúde, na medida em que para eles tudo tem sentido e lhes é possível enquanto tiverem saúde, adotando uma atitude positiva perante a vida, tal como pode ser revisto no seguinte: *“Eu vejo-me uma pessoa com saúde suficiente para poder andar, para poder trabalhar alguma coisa, para poder passear, cuidar dos netos quando é preciso e assim sucessivamente”* (Entrevista 7, 4.25min.).

Sentimentos menos positivos surgem aquando do aparecimento de uma doença não esperada, na medida em que esta situação interfere sobremaneira com a sua funcionalidade, capacidade de desempenho em diversas áreas das suas vidas e interfere com a sua atitude perante a vida, este facto foi abordado no dia-a-dia da prática quotidiana da investigadora:

*“Não me importo de ter esta idade, já sabemos que todos ficamos velhos, o que não queria era estar doente. Queria andar como andava. Ando muito desanimada”* (A./ Diário de Campo).

O mesmo foi focado por outra pessoa: *“A gente chega a uma idade e o corpo paralisa. É assim, todos temos de sofrer”* (C./ Diário de Campo).

Corroborado pela realização das entrevistas: *“Ora bem, sinto-me um bocado frágil, quer dizer, eu não me encontro muito seguro, é o que eu vejo, não me encontro muito seguro, não posso assim, abandalhar-me. Tenho de fazer sempre cuidado comigo”* (Entrevista 8, 0.05min.). O mesmo entrevistado acrescenta: *“já sou mais frágil, mas pronto, a gente não faz e acabou, não pode, não pode não pode, não vou estar a gastar o pouco que tenho de bom, tenho de me convencer que não posso, não posso estragar aquilo que ainda tenho de*



*bom. Metia-me muito com aventuras, metia-me, para mim nada me metia medo, nada me metia medo” (Entrevista 8, 13.26min.).*

Embora este trabalho de investigação não se restrinja à população idosa, na medida em que não foi definido um limite de idade para a população estudada, importa salientar a alusão feita por vários entrevistados às questões de saúde ou da falta dela, como sendo considerada normal no decorrer do processo de envelhecimento:

*“Eu acho que felizmente posso dizer que isso passou-me tudo ao lado, sinto-me bem, pronto, é o problema da terceira idade, às vezes, como hoje de manhã, senti uma dor nos ossos enorme [...]. E sinto, de vez em quando, mas são coisas, que se calhar para a minha idade são normais porque a esposa queixa-se do mesmo, portanto, e oiço outras pessoas [risos], são situações que não me preocupam pelo facto de me dar o que me deu, eu acho que, portanto, isso está ultrapassado e estou perfeitamente apto para fazer assim algumas coisas, nada de muito stress com elas, mas coisas para se fazer com tempo.” (Entrevista 7, 7.37 min.)*

Outro entrevistado associa ao processo de envelhecimento a possibilidade ou impossibilidade de alguns desempenhos quotidianos: *“Ora bem, eu acho que deve ser pela idade, pela idade, [tenho] 72 anos, vou fazer 73 para outubro e é assim, quer dizer, vejo-me um bocado frágil, não me aguento assim grande coisa.” (Entrevista 8, 0.26min.).* O mesmo entrevistado acrescenta: *“Mas eu entendo que é normal, a gente também vai envelhecendo as forças vão fazendo a gente outra pessoa, vão fazendo outra pessoa, verdade” (Entrevista 8, 8.44min.)*

Julgamos aqui importante focar a teoria salutogénica<sup>5</sup>, nomeadamente o sentido de coerência, na medida em que consideramos que este conceito poderá auxiliar na compreensão do modo como cada pessoa encara o padecimento de uma doença durante a sua vida e o processo de envelhecimento. Posto isto,

---

<sup>5</sup> Esta teoria foi desenvolvida por Antonovsky, em 1987, que descreve o conceito coerência, aqui focado, como central e “comporta três dimensões: a capacidade de lidar com os acontecimentos, a atribuição de sentido e a compreensão.” (Paúl & Fonseca, 2001, p. 122).

socorro-nos à definição apresentada por Paúl e Fonseca (2001, p.122): *“corresponde a uma orientação global que exprime a medida em que as pessoas dispõem de um sentido de confiança dinâmico, resistente e fortalecedor, por forma a que os estímulos internos ou externos que surgem ao longo da vida sejam estruturados, previsíveis e explicáveis, constituindo desafios que suscitam o investimento pessoal com base nos recursos generalizados de resistência de cada indivíduo”*.

Focando agora o conceito de doença, esta é sentida como uma ameaça do destino, desencadeando variadíssimos sentimentos como impotência, apreensão, desesperança, medo e desvalorização. Assim, a doença possui uma dimensão pessoal, mas também do foro social, na medida em que, quando alguém adoece, não é apenas a pessoa a sentir dor, mal-estar, confusão, mas também quem a rodeia será afetado, dado que, quem está próximo da pessoa doente sente compaixão, preocupação e tem atitudes de apoio por quem precisa, encetando esforços para encarar o facto da pessoa próxima estar doente, assim como, poderá arranjar formas de o incorporar nos padrões das suas próprias vidas (Giddens, 2009).

Segundo Giddens (2009), as outras pessoas que contatam com quem está doente podem reagir à doença, reações que poderão auxiliar na configuração das próprias interpretações de quem está doente, assim como, no próprio sentido de identidade pessoal, tal como pode ser revisto no seguinte:

*“As pessoas amigas, a primeira vez que me viram depois de ter este AVC, agora dizem-me que não parecia eu, [emocionada] eu como não vi, ... que estava muito diferente, que até nem pensavam, ..., mas agora estou muito bem e tal, eu não sei porque não me lembro... eu lembro-me delas estarem e lembro-me tudo, agora como estava não sei”* (Entrevista1, 14.38min.). A mesma entrevistada acrescenta: *“Eu dizia sempre às pessoas, eu estou bem, estou melhor, estou bem, achavam que não... a mim não me diziam nada, achavam que estava mal”* (Entrevista 1, 15.04min.).

Outro entrevistado refere: *“As opiniões que eu tenho, depois de ter o AVC, agora, atualmente, é a esposa em casa que diz que eu estou a ficar pirado [risos],*

*porque brinco. Diz “tu estás a pirar, não eras assim”. Pois não, agora estou a rir-me, não sei.... Sinceramente não sei explicar isso, ...”* (Entrevista 2, 6.55min.).

Na sequência do aparecimento de uma doença, as pessoas que padecem deste evento, na grande maioria das vezes não estão capazes de colocar em prática os seus papéis habituais, pelo que, a vida de quem os rodeia poderá também ser afetada, na medida em que tarefas laborais ficam por concluir, as responsabilidades domésticas não são desempenhadas, facto que poderá ser uma fonte de stress para os colegas de trabalho e familiares (Giddens, 2009). Este facto não foi referido pelas pessoas entrevistadas, na medida em que se sentiram apoiados por quem os rodeava, nomeadamente os seus familiares mais próximos, bem como amigos e vizinhos:

*“Limitada, claro, mas nisso o meu homem ajuda, a minha mãe ajudava”* (Entrevista 3, 8.08min.).

Outra entrevistada acrescenta: *“Não, acho que não, porque o meu homem colaborou, [...]. Eu tenho uma tia que mora perto do hospital que me ia ver, a minha irmã ia todos os dias lá à noite buscar-me a roupa e tratava-me da minha roupa e na minha casa, quem tratava da minha roupa era a minha vizinha de cima, tratava da roupa do meu homem e do meu filho e foi a que orientava o meu homem para fazer o jantar e assim. Depois a minha irmã, para eu não me enervar, vinha ao sábado de manhã dar uma limpadela à casa, para eu chegar a casa e ver a casa limpa”* (Entrevista 4, 8.15min.).

O mesmo discurso é focado por outra entrevistada: *“Nos primeiros dias sim, nos primeiros dias sentia-me muito triste porque o meu homem é que me tinha de ajudar, ainda hoje é o dia que o meu homem, [...] lá vai à porta [perguntar] estás bem G.? [eu respondo] estou bem, estou, mas ao princípio era ele que me dava banho, outras vezes a minha filha, que eu caía muito, ...”* (Entrevista 5, 12.49min.).

O apoio dado pela família, neste caso esposa, esta também patente no seguinte: *“quando comecei a fazer fisioterapia, eu levava o carro para Riba de*

*Ave, de qualquer das maneiras a esposa nunca deixou de ir comigo, quer dizer ia sempre comigo” (Entrevista 7, 3.33 min.).*

É possível constatar-se que a maior parte das doenças acarreta sentimentos de pena e de compaixão entre as pessoas saudáveis, além de que, a pessoa doente recebe «privilégios» especiais (Giddens, 2009), este facto foi abordado por uma das entrevistadas: *“Eu era do grupo coral e elas continuaram, vinham-me buscar, vinham mais cedo para ninguém me ver a entrar para o coro, quando o povo saísse todo da igreja eu saía e elas vinham-me trazer a casa e nunca ninguém sabia que, eu só me expus mesmo pela Páscoa, é que me disseram vais vir à missa e vais ficar cá em baixo, mas pronto, isso ainda era muito recente e claro, a gente ainda está, ... e depois chora, vêm as pessoas ter connosco, e a gente ainda anda assim, ainda não consegue vestir-se bem, ainda anda de fato de treino e essas coisas todas e depois começa a chorar, a gente fica mais mole, mais mole mesmo, com qualquer coisa começa a chorar, ... mais em baixo, mais deprimida. Sinto-me muitas vezes muito deprimida” (Entrevista 4, 28.18min.).*

Da mesma maneira, a experiência de ter uma doença poderá transformar ou colocar em causa a noção de identidade pessoal da pessoa, quer na sequência das reações reais que os outros têm perante a doença, quer naquelas que são imaginadas. No caso dos doentes crónicos ou em estado de invalidez, as interações sociais, consideradas na maioria das vezes banais, podem tornar-se momentos de risco ou de incerteza, na medida em que os entendimentos ou momentos de partilha que se depreendem estar na base das relações quotidianas nem sempre se verificam quando está em causa situações de doença e/ou incapacidades. Assim, estas alterações ao nível das interações sociais poderão acarretar modificações na identidade pessoal (Giddens, 2009). Este facto não foi focado nas entrevistas realizadas, na medida em que os entrevistados se sentem apoiados por quem os rodeia.

Outro facto por nós abordado no campo teórico prende-se com a espiritualidade e com as questões ligadas à religiosidade, na medida em que, na consulta bibliografia realizada os aspetos ligados a estes temas poderão

contribuir para que o envelhecimento e/ou um processo ou condição patológica seja ultrapassado de uma forma mais “ligeira” e mais digna (Zenevicz, Madureira, Hillesheim & Diehl, 2013).

Posto isto, julgamos que a ausência nos seus discursos das questões ligadas à espiritualidade e à religiosidade, se deveu às preocupações transmitidas nas suas falas relativas a aspetos mais correntes e mais práticos do seu quotidiano.

### **3. Atividade/Exercício Físico na recuperação do Acidente Vascular Cerebral**

Hoje em dia é possível constatar-se uma maior consciencialização de que é possível configurar o nosso bem-estar através do entendimento do corpo, nomeadamente, pelas escolhas que são feitas no quotidiano no que se refere à dieta alimentar, à atividade física, ao estilo de vida e aos padrões de consumo (Giddens, 2009)

As campanhas dedicadas ao estilo de vida têm por objetivo conscientizar as pessoas relativamente à responsabilidade pela sua saúde, numa tentativa de reeducação de hábitos e comportamentos desviantes na esfera da alimentação, consumo de tabaco, álcool e outras drogas, procura por cuidados médicos regulares, alternativas de combate ao stress e promoção de programas de atividade física regular (Bento, 1999).

Neste sentido, urge dotar as pessoas de conhecimentos que os consciencializem acerca da importância da incorporação da atividade/exercício físico no seu estilo de vida, dado que está bem documentado que os benefícios da sua prática se aplicam a todas as pessoas, independentemente do sexo, etnia ou idade (Madeira & Agostinho, 2017).

No caso específico de pessoas com doenças crónicas controladas, ou detentoras de um conjunto de condições crónicas, torna-se importante focar a importância da gestão contínua da sua saúde, a qual, de acordo com Madeira e

Agostinho (2017) deverá incorporar um estilo de vida saudável e fisicamente ativo.

Assim, existe uma cada vez maior evidência para a associação entre a atividade física e a promoção da saúde e prevenção da doença, reforçada pelo facto do bem-estar resultante da atividade física não se restringir aos benefícios nos domínios físico e psicológico relacionados com a saúde, mas também acarretando benefícios para a sociedade, entre outros os económicos (Duarte, 1999)

Por outro lado, dados atuais sugerem que poucas são as doenças ou deficiências que não apresentam melhorias através da realização de atividade/exercício físico regular, nomeadamente a DM, fibromialgia, dor lombar, entre outras patologias (Madeira & Agostinho, 2017).

Ainda de acordo com estes autores, nestas situações quando falamos de atividade/exercício físico regular este deveria ser indicado como tratamento de primeira linha, mesmo antes da prescrição de medicação crónica.

Ainda na mesma linha de pensamento, Madeira e Agostinho (2017) sublinham o facto de cada vez ser mais incontestável que a prática da atividade/exercício físico é importante para a saúde e se aplica a todos, sendo esta uma intervenção fundamental ao nível do estilo de vida para a melhoria da saúde individual e da população.

Mota (1998), reforçando a tese defendida por base Bouchard (1997), defende que a atividade física tem um efeito e influência benéficos nas diferentes dimensões do sujeito, nomeadamente a biológica, comportamental, social, entre outras. Este facto está bem patente nas seguintes palavras deste entrevistado<sup>6</sup> que retomou a prática de atividade física após o AVC: *“Sinto-me 100% bem, melhor até do que estava antes, até estou melhor agora”* (Entrevista 2, 8.48min.).

---

<sup>6</sup> Importa aqui salientar que o entrevistado em questão praticou várias modalidades desportivas (natação, futebol, artes marciais), tendo parado a sua prática quando se estabeleceu por conta própria.

O mesmo autor refere que, são inúmeras as referências existentes na literatura que defendem os benefícios da atividade física no bem-estar das pessoas, nomeadamente na diminuição da incidência das maiores causas de mortalidade e morbilidade da atualidade. Assim, segundo o mesmo, a prática de atividade física possibilita e potencia o desenvolvimento não apenas da capacidade cardiovascular como de outros sistemas do organismo, veiculando também a melhoria de competências motoras, muitas delas de elevada importância naquilo que poderá ser transferido para os domínios funcionais da prática quotidiana.

Neste sentido, no contexto de saúde, o papel da atividade/exercício físico está direcionado não para o desempenho atlético, mas para a capacitação motora nas AVD. Por outras palavras, para que as pessoas sejam fisicamente aptas e consigam níveis de desempenho ajustados às suas necessidades e práticas diárias (Madeira & Agostinho, 2017).

Reforçando esta perspetiva, Duarte (1999) chama a atenção para a importância da prática regular de atividade física que traz benefícios ao nível do estado emocional, autoconceito, da autoestima, diminuição dos níveis de stress, ansiedade e depressão, proporcionando momentos de prazer.

Este facto pode ser revisto no seguinte: *“Sinto-me bem, sinto-me bem. E agora que já ando há alguns meses no ginásio, ainda melhor fiquei, porque eu não podia caminhar, ao fim de 100, 50 metros eu parava, não podia andar. Eu então disse que isso não podia ser, corri médicos atrás de médicos e não me resolviam a situação, então fui para o ginásio. Ao fim de dois, três meses de ginásio eu já me sentia outra pessoa, até consigo andar e correr, já consigo fazer tudo”* (Entrevista 2, 5.59min.).

Além destes benefícios, importa salientar um conjunto de ligações indiretas entre a atividade física e a qualidade de vida, nomeadamente o bem-estar psicológico e emocional, assim como as vertentes sociais, cognitivas e físicas (Mota, 1998), os quais podem ser constatados no discurso desta entrevistada que aponta benefícios de ordem física, cognitiva e social aquando da participação em sessões de hidroterapia após ter padecido do terceiro AVC:

*“A questão do equilíbrio, acho que faz muito bem, a gente fazer algumas coisas diferentes, aprender, e depois aprender com outras pessoas, sabendo as dificuldades dos outros e os outros sabendo das nossas e tentando fazer melhor, faz bem”* (Entrevista 1, 28.17min.).

Este aspecto está também patente no discurso de outro entrevistado no qual refere os benefícios sentidos após retomar o ginásio: *“Nunca mais me deu mais nada. Por isso, estás a ver que realmente o ginásio é que me estava a fazer falta, porque nunca mais me deu uma dor nas costelas, ou nas pernas, ou aquelas câibras que eu tinha nas pernas, às vezes na cama, aí que dor, saltava abaixo da cama, que tinha uma câibra numa perna, nunca mais me deu”* (Entrevista 2, 17.09 min.).

Neste sentido parecem existir evidências que apontam para a existência de um efeito positivo potenciado pela realização de atividade física, nomeadamente na redução de sintomatologia depressiva e de ansiedade, assim como uma forte associação entre a realização de atividade física e a melhoria da autoestima e da autoeficácia (Mota, 1998). Este aspecto foi focado no decorrer da realização das entrevistas, tal como se constata nas palavras destas duas entrevistadas:

*“É assim, eu não também não pratico muito isso, portanto não posso dizer muita diferença, mas na piscina, quando ia à piscina, fazia algumas atividades que custavam, mas que ao fim achava-se que custava mais a primeira, segunda vez, terceira, e depois custavam menos”* (Entrevista 1, 25.54min.);

*“Eu ali sentia-me mais solta, com mais capacidade, porque a água ajudava, eu já fazia, só com uma mão eu já fazia a piscina toda, não era a nadar, porque eu não sei nadar, mas era uma coisa que eu gostava”* (Entrevista 4, 37.55min.).

Da leitura destes trechos é possível verificar-se uma imediata concordância com aquilo que a literatura descreve, na medida em que na sequência da sua participação em sessões de hidroterapia estas entrevistadas, que apresentavam sequelas motoras, melhoraram o seu desempenho e a sua



capacidade de realização, incrementando a sensação de ser capaz e, em consequência disso também a sua autoestima.

Ainda sobre a sensação de bem-estar pela participação em sessões de hidroterapia, podemos ver reforçado esse facto por outra entrevistada: *“Eu acho que agora, por agora, aquilo fez-me muito bem [hidroterapia], fez-me mesmo muito bem, mas acho que agora não tenho grande necessidade disso, acho que agora isto vai lentamente. Mas se eu tornar a ir, eu vou pedir para ir para a hidroterapia, por acaso gosto muito”* (Entrevista 5, 34.15min.).

A sensação de bem-estar está também bem explícita nas seguintes palavras de outro entrevistado: *“É realmente o esforço físico que a gente faz, o transpirar a camisola, o banhinho e a cabeça está mais aliviada e o corpo está habituado realmente àquele esforço não é, o que é que eu vou dizer mais, não sei... Estou bem, estou bem.”* (Entrevista 2, 19.02min.). O mesmo entrevistado acrescenta: *“Melhor agora do que antes. Sou outra pessoa, acredita, sou outra pessoa”* (Entrevista 2, 20.26min.), no fim de contas os *outros eus* de Fernando Pessoa.

Importa também referir que são vários os relatos dos entrevistados que apontam para uma vida ativa antes e também após o AVC (com as condicionantes que as sequelas lhes permitem). Sobre este aspeto focamos o conceito de vida ativa definido por Mota (1998, p. 43), descrito como *“a forma de vida na qual a actividade física experimentada é valorizada e integrada na actividade quotidiana”*. Neste sentido, são vários os entrevistados que frisam a importância de uma vida ativa: *“Sim, era uma pessoa ativa, fazia e sentia-me bem”* (Entrevista 1, 24.52min.).

Outra entrevistada foca também a vida ativa que tinha previamente ao AVC *“Foi, foi a partir daí [do AVC], eu era uma mulher ativa, não deixava nada por mãos alheias.”* (Entrevista 4, 14.29min.) e acrescenta: *“Vinha a pé muitas vezes de Bairro para Delães, já era uma boa caminhada<sup>7</sup> e depois ia buscar o meu filho ao infantário. Eu fui sempre ativa”* (Entrevista 4, 36.36min.).

---

<sup>7</sup> Importa aqui referir que a distância entre Delães e Bairro roda os 2 a 3 quilómetros.

O mesmo aspeto está patente nas palavras de outros dois entrevistados:

*“continuo a ter uma vida ativa, normal, sempre que posso também um passeiozinho, uma voltinha”* (Entrevista 7, 2.05 min.);

*“metia-me a fazer sempre os trabalhos, era muito ativo”* (Entrevista 8, 10.12min.).

Neste sentido, é possível constataremos a importância atribuída a uma vida ativa. Apesar de não praticarem exercício físico, a maioria dos entrevistados eram bastante ativos fisicamente, desempenhando um conjunto de papéis a nível laboral, familiar e social que lhes conferiam uma vida ativa, tal como o seguinte se descreve: *“Eu sentia-me, eu sentia-me bem, mas também tinha uma atividade muito intensa, não fisicamente, mas o trabalho exigia, eu era comercial, depois, antes pouco tempo, deixei de ser presidente da junta, estive 12 anos à frente da junta de freguesia”* (Entrevista 7, 1.11min.).

Outras duas entrevistadas focam as atividades domésticas que desempenham em sua casa, quer também a ajuda que dão às suas filhas, o que espelha a vida ativa que tiveram e que ainda mantêm mesmo após o AVC, com as condicionantes que o mesmo acarretou:

*“Tudo, faço o comer, faço para mim e para a minha filha, para o meu genro, para nós todos, ... faço a minha vida, a minha vida normal, faço o comer, faço a limpeza”* (Entrevista 5, 11.13min.).

*“Sempre cozinhei, tomo na mesma conta deles [netos], faço tudo. Tenho uma filha, mora em Santo Tirso vou lá, ajudo-a na casa, a arrumar, a burnir, a burnir, estou a burnir e também lá está, burno tudo, a minha, a da filha, mas estou a andar com o ferro e noto que está ali uma prisão, um bocadinho, mas burno na mesma”* (Entrevista 9, 2.09 min.). A mesma entrevistada acrescenta: *“Tudo, tudo, tudo e ainda faço, eu faço tudo na mesma. Eu lavo os pátios, eu lavo lá fora, eu continuo, por agora eu faço tudo na mesma, tudo, não deixei de fazer o que fazia, é verdade”* (Entrevista 9, 9.04min.), reforçando desta forma a vida ativa que ainda mantém.

Importa agora também referir a importância que os entrevistados dão ao trabalho, não esquecendo que o envolvimento em ocupações significativas é parte importante da vida da pessoa, promovendo uma vida melhor (Kielhofner, 2002).

Na sociedade atual são valorizados os ideais de trabalho e produtividade. Por conseguinte, toda a nossa concepção de vida está fundamentada nesse aspeto, sendo o corpo um dos meios importantes, já que pode ser considerado um instrumento de desempenho. Ortega y Gasset (1989) referenciava que o grande problema do homem depois de se reformar é não trabalhar. Em consonância com isto, são comuns as referências no decorrer da realização das entrevistas, às constatações do valor dado ao trabalho e a alusão que lhe fazem como tratando-se da atividade física principal tal como se constata no seguinte: *“Atividade física regular não fazia. A minha atividade era o trabalho, a vida de casa, essas coisas, para mim acho que já era uma atividade, mas se calhar se fizesse seria bom”* (Entrevista 1, 25.14min.).

O mesmo aspeto é reforçado por outros dois entrevistados:

*“Antes do AVC, como te expliquei, estava focado no trabalho e não fazia mais nada, quando estava cansado, no fim de semana, deitava-me aí no sofá a ver televisão e não saía, quando muito tempo estivesse aí, pensava no trabalho ia para uma máquina e punha uma máquina a funcionar e ia trabalhar, eu só via isso e mais nada, pronto, era a minha vida”* (Entrevista 2, 15.32min.);

*“Não, não fazia [exercício físico], isso não fazia, não fazia, era tudo para o trabalho, aproveitava tudo”* (Entrevista 8, 12.57min.).

A este respeito importa referir o contexto de realização do trabalho, na medida em que, apesar de se localizar próximo de zonas urbanas, é marcadamente rural. Na bibliografia consultada é possível constatar-se que, no caso do meio com características rurais, como é o caso do presente trabalho de investigação, o trabalho é tido em elevada consideração, fazendo-se uso do corpo como força e instrumento de trabalho, instrumento esse que deve estar

sempre em condições para que possa produzir (Schwartz, Lange & Meincke, 2001).

Assim, na bibliografia consultada constatamos que o mundo rural é pautado pelo trabalho na terra (Fernandes, 1985), atividade referida pelos elementos entrevistados que focam o trabalho no quintal e jardim, como atividades significativas: *“às vezes tiro umas ervinhas nos vasos, ponho-me sentada, tenho um banquinho, tenho um sachinho, vou fazendo, vou-me entretenendo, e as vezes o meu homem põe a terra, tenho um bocadinho de quintal e eu com o banquinho, faço o buraco e lá vou metendo e faço as coisas”* (Entrevista 4, 18.21min.).

O mesmo gosto é partilhado por outro entrevistado que refere: *“Eu continuo a levantar-me entre as 7, 7 e pouco, eu vou para a cama muito cedo também e gosto de me entreter na minha horta, nos jardins, e pronto, e é assim que eu passo, não me de dou à preguiça, como se costuma dizer”* (Entrevista 7, 2.05 min.).

Duas das pessoas entrevistadas referem também o gosto que tem pelo trabalho no quintal e na jardinagem, no entanto aludem às dificuldades atuais como consequência dos défices decorrentes do AVC:

*“agora ando de volta do meu quintal e jardim, se conseguir, o que eu puder faço com esta mão [direita] e esta (esquerda), olhe, nem com luvas eu consigo, é incrível, porque a luva depois não fica direita, lembra-se de eu dizer que você me arranhava com as luvas, pronto, a luva de jardinagem é grossa, ui Senhor, não consigo, as luvas ainda me incomodam, até as de plástico, as de borracha incomodam, esta mão pode com a luva e esta não pode”* (Entrevista 3, 29.55min.).

A mesma situação também pode ser revista no seguinte trecho: *“Ora, eu dantes fazia melhor, mais depressa, não é? Agora faço devagarinho e às vezes ando ali, no quintal, na relva, e já me custa, tenho de parar, porque isto está [braço], afetou e já não é como era antigamente”* (Entrevista 9, 0.49min.).

Na mesma linha de pensamento, um outro entrevistado refere o gosto que tinha pelo trabalho no quintal, mas da sua atual impossibilidade, decorrente das sequelas do AVC: *“Trabalhar aqui no quintal, para já não posso, isso para mim é uma dor de cabeça, gostava. Eu antigamente tinha um grande olival, tinha cento e tal oliveiras e tinha muito terreno, tinha três casas, que eram minhas, ...”* (Entrevista 10, 22.24min.).

Nestas palavras apercebemo-nos da forte identificação do entrevistado com as questões ligadas ao trabalho, nomeadamente o trabalho no campo, e a valorização que o mesmo dá a este meio onde se inseria e que por ele era valorizado. Tal pode ser revisto nas palavras de Bernardo Soares ([Fernando Pessoa], edição de 2009, p. 135):

*“A vida é para nós o que concebemos nela. Para o rústico cujo campo próprio lhe é tudo, esse campo é um império. (...) O pobre possui um império; o grande possui um campo. Na verdade, não possuímos mais do que as nossas próprias sensações; nelas, pois, que não no que elas vêm, temos que fundamentar a realidade da nossa vida.”*

A partir da realização das entrevistas, constatamos que as pessoas participantes neste estudo apresentavam níveis razoáveis de atividade física. No entanto, apesar de ativas, apenas três elementos entrevistados referiram a prática de exercício físico de um modo mais sistematizado previamente ao AVC, um dos quais havia parado a sua prática há cerca de 30 anos: *“Há trinta e tal anos que tinha parado. Fiz muito desporto, natação, futebol, artes marciais, fiz tudo, fiz tudo, mas quando me estabeleci por conta própria parei por completo, só via trabalho, só trabalho”* (Entrevista 2, 14.06min.).

No que se refere aos outros dois entrevistados um deles era *“Caçador e gostava de andar de bicicleta”* (Entrevista 6, 11.33min.).

Um outro entrevistado expôs que: *“Eu fazia porque era das coisas que me sentia bem era com a hidroginástica. Fazia três vezes por semana, antes [do AVC].”* (Entrevista 7, 9.29min.).

Em contrapartida, houve também elementos que referiram que embora tenham praticado exercício em algum momento, não demonstram gosto nem interesse pela sua prática: *“Não, não gosto, não gosto de natação, não gosto de abaixo e acima, não gosto de ginástica, não gosto de nada, nunca gostei, percebe, nunca gostei. Andei uma vez, uma amiga minha [disse] anda, anda, anda, eu fui, mas eu levava aquilo, ... mandavam fazer 10 abdominais e eu contava 1, 2, contava a dobrar, era a primeira a acabar”* (Entrevista 3, 29.20 min.).

Assim, mesmo tendo consciência de que a prática de atividade física faz bem, alguns participantes não demonstraram interesse nem motivação: *“o meu homem consome-me, qualquer dia sou capaz de ir para lá, até que aqui em Bairro, uma senhora já me disse que na igreja tem uma ginástica muito jeitosa, também para eu ir para lá, para o salão para Bairro, que tem aos sábados à tarde, mas eu não gosto, agora prefiro ir com o meu homem para as Aves, são duas vezes por semana que ele tem e prefiro ir para ali”* (Entrevista 9, 11.35min.). A mesma entrevistada acrescenta: *“Eles já andam lá e eu não gostava muito, mas ainda não me apeteceu. Se estivesse mesmo, mesmo à rasca, lá está, era capaz de lá andar, como ainda vou andando, não é, vamos ver”* (Entrevista 9, 12.15min.).

Desta feita, esta falta de motivação para a prática de atividade física vai de encontro ao referido por Carrageta (2017) que menciona um estudo recente, de 2017, da Fundação Portuguesa de Cardiologia que alude que cerca de 67% dos Portugueses são sedentários e cerca de metade destes considera que o exercício físico não é interessante ou importante para a sua saúde.

O mesmo autor refere que a caminhada é tida como a atividade física preferida por 50% dos portugueses não sedentários, facto este que vem corroborar os achados do presente estudo tal como se pode comprovar através das seguintes citações: *“... à noite vou caminhar e começo assim para o meu homem, tu não andas P., anda daí, olha nós vamos caminhar ou vamos passear, [ele diz] eu ando devagar, mas ele para me apertar começa a andar assim muito depressa e eu também lá vou eu atrás dele, lá vou, mas depois chega a um*

*ponto e canso-me, canso-me um bocadinho, mas correr não posso, correr não posso, mas já ando assim acelerada”* (Entrevista 5, 20.07min.).

Mesmo a entrevistada que não tem gosto nem interesse pela prática de atividade física alude à importância em caminhar, tal como se constata no seguinte: *“então se me mandar andar eu venho a pé para o salão, não venho de carro, percebe, não vou agora, ... vejo pessoas que parece que levam o carro para o café e depois à noite andam a caminhar, pelo amor de Deus, então venho a pé para aqui...”* (Entrevista 3, 29.55min.).

A caminhada parece constituir-se como uma atividade acessível, uma vez que é passível de ser praticada por pessoas de todas as idades, com diferentes níveis de condição física, não necessitando de equipamentos especializados, comporta custos reduzidos, podendo ser realizada individual ou grupalmente. Neste sentido, parece-nos sobremaneira importante que esta atividade começasse a ser tida como uma estratégia com aplicabilidade em larga escala, sendo fornecidas diretrizes específicas no referente à frequência, duração e intensidade no sentido de serem encontradas oportunidades para que fossem cumpridas as orientações internacionais referentes aos 150 minutos por semana de atividade física moderada (Madeira & Agostinho, 2017).

A este respeito foi possível constatar-se que a caminhada começa a ser aconselhada pela classe médica, sendo este facto referido por duas das pessoas entrevistadas: *“Agora, é como eu digo, faço normalmente, três vezes por semana também, umas caminhadas de sensivelmente uma hora, entre 45 minutos e uma hora, para fazer, mais ou menos, cinco quilómetros e, portanto, é isso o que eu faço porque, é como eu digo, a médica cardiologista disse-me para eu fazer num sitio plano, para não subir muito, quer dizer, isto para eu impor algum ritmo para andar, se fosse calmamente isso poderia ser diferente, mas pronto, é aquilo que eu faço, e é aquilo que me aconselharam a fazer”* (Entrevista 7, 9.29min.).

O mesmo foi descrito por esta entrevistada: *“e tanto a minha médica do hospital, como a daqui elas disseram-me, a senhora mesmo está mais gorda, tem de andar, tem de comer pouco, eu como muito bem menina”* (Entrevista 9, 9.28min.).

Posto isto, urge promover um estilo de vida ativo junto da população, o qual possa ser operacionalizado nas atividades do dia-a-dia em casa, no trabalho, na escola, nos tempos de lazer e nas deslocações. Por conseguinte, e como sublinha Madeira e Agostinho (2017) torna-se importante fomentar uma diminuição dos hábitos de vida sedentários fornecendo estratégias como a utilização de escadas ao invés do elevador, esperar de pé em vez de sentado, procurar situações familiares e de lazer para a prática de atividade física, entre outras, no sentido de estimular de forma acessível a adesão a práticas regulares de atividade/exercício físico.

Com base nos dados recolhidos com a realização deste trabalho constatamos uma valorização da prática de atividade física na promoção de uma vida mais saudável, assim como a procura das mesmas com o intuito de melhorar o seu estado de saúde, tal como se revê no seguinte: *“Trabalhei uma vida inteira, não é, e tive parado no ginásio que fazia, e foi uma estupidez ter parado, não devia ter parado, pelo menos nem que fosse só de quinze em quinze dias, não é, mas eu parei radical, foi radical que eu parei, e paguei agora as favas, e agora deu-me o AVC, pronto e agora tento... recuperei muito, em Riba de Ave, lá recuperei mesmo muito, não digo 100%, mas pelo menos 80%, agora no ginásio mais 10% dá 90%, 95%”* (Entrevista 2, 15.32min.).

Posto isto, e considerando a importância que é dada às opiniões proferidas pela classe médica, torna-se imperioso que esta fomenta e recorra à atividade física como forma de prevenir e/ou tratar diferentes condições patológicas, neste caso específico o AVC.

Assim, foi possível constatar-se que algumas das pessoas entrevistadas, desde que por aconselhamento médico, considerariam participar em programas de atividade/exercício físico adaptados à sua condição, tal como se constata no seguinte: *“Sim, desde que fosse ao encontro de os médicos que me estão a acompanhar, dessem indicação que não havia inconveniente, que poderia fazê-lo sem problema nenhum”* (Entrevista 7, 11.26 min.).

O mesmo pode ser revisto nestas palavras: *“Sim, talvez, talvez, se fosse para meu bem, talvez”* (Entrevista 10, 23.33min.).



Neste sentido, segundo Piteira, Abrantes & Sá (2017), torna-se urgente que sejam encetadas medidas que fomentem uma mudança de mentalidades e hábitos suficientemente abrangentes a toda a população, nomeadamente nas áreas da educação, política e saúde no sentido de promoção da atividade física, dado que, talvez por desconhecimento e falta de informação, esta realidade ainda está longe de ser posta em prática por um número considerável de pessoas. Tal pode ser revisto nas seguintes palavras de um entrevistado: *“Tinha receio que me mandassem fazer coisas que não eram bem para a minha idade”* (Entrevista 8, 15.03min.). Esta afirmação demonstra bem a falta de informação através do receio em participar.

Destarte, é importante que os médicos (de família, cardiologista, ou outros profissionais de saúde) encetem esforços no sentido de informar o doente e também a família dos benefícios da participação nestes programas, de forma a motivar o doente a participar (Mendes, 2016).

Segundo Barata (2017), é possível constatar-se que a procura de informação acerca desta temática foi precedida pelos profissionais do exercício comparativamente à classe médica, no respeitante à sua consciencialização da necessidade de formação ao nível do aconselhamento da prescrição de atividade/exercício físico em doentes crónicos.

No entanto, o mesmo autor alude a que o exercício aplicado a doentes crónicos justifica e exige o diálogo entre os profissionais de medicina e do exercício, comunicação que não se tem verificado de forma generalizada, na medida em os primeiros não tem apresentado sensibilidade e interesse por esta temática e os segundos não têm formação aprofundada necessária no respeitante ao corpo humano e patologias. Este facto reflete o que acontece em inúmeras ocasiões, na medida em que zonas de charneira que deveriam ser comuns a mais que um grupo profissional, acabam por ser zonas de vazio não preenchidas por nenhuma classe profissional por falta de formação (Barata, 2017).

Outro aspeto que se constatou aquando da realização das entrevistas prende-se com a falta de alternativas e de respostas existentes na comunidade

no referente à prática de atividade física. Segundo Mendes (2016), vários são os motivos descritos para o atraso no encaminhamento e frequência de pessoas com e sem patologia em programas de atividade física, nomeadamente, uma incipiente cultura de prática de atividade física que é transversal a todas as faixas populacionais que abarca quer doentes, quer profissionais de saúde, falta de formação específica em relação à aplicabilidade da atividade física no plano de intervenção destinado a várias patologias, falta de recursos económicos assim como de espaços adequados a este tipo de programas.

Este facto foi focado por alguns elementos entrevistados, na medida em que iniciaram sessões de hidroterapia, tinham gosto e reconheciam benefícios na sua prática, no entanto, diversos fatores, tais como a distância ao local, família não ter possibilidade de acompanhar por questões laborais, falta de respostas ao nível de transporte e de outros meios, levaram a que não pudessem dar continuidade à sua frequência, tal como se constata no seguinte: *“Cheguei a fazer algumas [sessões de hidroterapia] e foi numa fase ainda bastante má, hoje, se calhar, já conseguiria fazer outras coisas, só que não tenho tido possibilidade, porque das pessoas disponíveis para me levar, mas acho que sim, que fazia bem, e que já conseguiria agora fazer mais, mas as que fazia com dificuldade, acho que me ajudaram muito”* (Entrevista1, 26.35min.).

O mesmo é reforçado por esta entrevistada: *“Já andei na piscina, na hidroterapia, andei, gostei de andar, mas tive de parar porque eu tinha de ir a pé para S. Mateus e também foi na altura que eu estava com anemia e eu chegava a casa muito cansada e não tinha ninguém que me fosse buscar, nem que me fosse levar e deixei, mas eu gostava, era uma coisa que eu gostava”* (Entrevista 4, 37.55min.).

Outro dos entrevistados foca a falta de respostas que vão de encontro às suas limitações, na medida em que padece de sequelas motoras que implicam o apoio de terceiros e o ajuste do contexto no sentido de poder participar nestes programas: *“Houve pessoal que, a conversar, não é, que a piscina fazia bem, mas como é que eu posso ir para a piscina? Era preciso duas pessoas para subir*

*escadas e descer escadas e eu não posso fazer mais nada”* (Entrevista 6, 12.21min.).

Assim, o que aqui se refere vai de encontro ao que encontramos na revisão bibliográfica na medida em que considerando-se que a acessibilidade é um aspeto primordial para o acesso dos doentes aos programas de reabilitação, é imperioso que seja criada uma rede de centros de natureza pública com uma distribuição geográfica equilibrada no nosso país, dado que, como sublinha Mendes (2016), os doentes tendencialmente não participam em programas que obriguem a deslocações superiores a 30 quilómetros, acrescendo-se aspetos como a motivação em participar, disponibilidade financeira e horário compatível.

Na ótica de Themudo Barata (2017), torna-se urgente aumentar o aconselhamento de atividade física na prática clínica, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, serviços de primeira linha que detém oportunidades únicas para o fazer, decorrente da importância clínica aquando da procura por parte de quem necessita destes cuidados. Segundo o mesmo autor, esta é uma estratégia que apresenta uma razão benefício/risco muitíssimo favorável, comparativamente a respostas médicas mais convencionais.

Neste sentido, segundo Ruivo (2017), os defensores da medicina do exercício creem que o futuro dos hospitais e das instituições de saúde passará pela prevenção de doenças crónicas no sentido da melhoria do estado de saúde das populações atendidas.

O mesmo autor defende que a resposta a este desiderato passará pela criação de centros clínicos nos quais, aquando da alta clínica, os doentes possam integrar programas de prevenção secundária/reabilitação, de um modo integrado, possibilitando assim uma transição progressiva entre profissionais, bem como, uma maior eficácia na aferição dos resultados e no trabalho em equipa. Por outro lado, possibilitará uma maior assiduidade e fidelização na medida em que poderão ser continuados no mesmo local, após a alta da reabilitação (Ruivo, 2017).



## Conclusões

---



## Conclusões

No nosso quotidiano e na prática profissional diária cruzamo-nos com variadíssimas pessoas, homens, mulheres, crianças, jovens, idosos... acima de tudo deparamo-nos com diferentes vidas com características comuns e outras que as tornam ímpares. Vidas marcadas por momentos e acontecimentos, alguns de extrema felicidade e outros menos favoráveis e que ao ser partilhados enaltecem ou tornam menos dura a lembrança dos mesmos.

Assim, tendo por base que o nosso objetivo era estabelecer histórias de vida facilitando e promovendo o conhecimento de toda a sua existência, passada, presente ou a perspetiva do futuro, possibilitando-se, mais especificamente, o diálogo/confronto entre o corpo doente e as memórias do corpo são. Desta forma, foi nossa pretensão conhecer a perspetiva do “eu” em diferentes momentos da vida.

Face à problemática e à metodologia utilizada apresentamos como primeira conclusão, que o título se confirma através das falas dos entrevistados.

Com efeito, foi nítida a existência de um diálogo em cada pessoa que retrata dois “eus”, o do corpo doente com as memórias preservadas do seu corpo são.

Este diálogo foi evidenciado pela funcionalidade mormente na capacidade de efetuar atividade física, ou pela sua falta, em cada um dos tempos de vida, dividida pela ocorrência do episódio vascular.

Nos discursos dos entrevistados, a vida com saúde é amplamente focada e o aparecimento da doença é notoriamente um aspeto negativo que altera a prossecução dos acontecimentos e o rumo que previamente haviam traçado e planeado.

Desta feita constatamos que o evento vascular que os acometeu resultou numa “nova vida” dentro da vida, marcada por fatos, acontecimentos, situações

que acarretam o fim de algo conhecido, estável e seguro e o início de um novo ciclo completamente novo.

Assim, podemos tirar como ilação que o AVC levou a uma quebra entre o que a pessoa era e naquilo que se veio a tornar. Este facto que acarretou uma (re)construção de uma nova identidade, de um novo Eu, que por vezes é de tal forma novo que nem é, ainda, reconhecido pela própria pessoa.

Esta quebra evidenciou-se pelo corpo, na medida em que é evidente o confronto entre o corpo atual doente, “afuncional”, com as memórias preservadas do corpo são, funcional.

A partir deste confronto, verificámos um diálogo constante entre o tempo passado e o tempo presente, condicionado pelas questões ligadas com a funcionalidade e a capacidade de execução. Desta feita, sentimentos positivos foram continuamente associados à funcionalidade e, em contrapartida, os défices ao nível do desempenho e execução condicionaram sentimentos negativos.

Intimamente ligado a este aspeto, constatamos que quanto maior o nível de afetação motor, maior a limitação funcional e consequentemente a presença de um discurso mais negativo.

Outro aspeto amplamente focado pelas pessoas estudadas prende-se com as questões ligadas ao trabalho, na medida em que no contexto de realização do trabalho, embora próximo de grandes metrópoles, mas com características rurais, o trabalho é tido em elevada consideração, pelo que, se tornou evidente que, dentro das suas possibilidades, as pessoas estudadas, tendo por base as suas condicionantes, procuram envolver-se em atividades as quais as façam sentir-se úteis e participativas nos contextos nos quais se inserem.

A grande maioria das pessoas estudadas, embora não praticantes de exercício físico, eram ativas fisicamente, numa fase prévia ao AVC e dão ênfase a este facto, constatando-se que tentam ao máximo retornar aos níveis e realização de atividades prévios ao evento vascular.



Além de que, o facto de as pessoas estudadas se manterem ativas é fortemente associado, quer pelas próprias, quer pelos outros, a uma boa condição de saúde.

Assim, perante a proposta da possibilidade de participar em programas de atividade/exercício físico adaptado à sua condição, verificámos na maioria dos discursos das pessoas estudadas, uma posição favorável a este respeito, desde que os referidos programas fossem de encontro às suas características motoras e exigências médicas.

Com a realização deste trabalho de investigação constatamos que, embora o conhecimento produzido no respeitante à importância da atividade/exercício físico na recuperação do AVC comece a dar frutos, esta situação não é transversal a todas as áreas geográficas, na medida em que basta andar alguns quilómetros para o interior que as pessoas não detêm conhecimento acerca deste âmbito. O conhecimento produzido a este respeito não tem o devido impacto numa região tão próxima do Porto, neste sentido, os dados sugerem não haver impacto social do conhecimento.

Com este estudo específico, foi nossa pretensão realçar a importância da prática de atividade/exercício físico e o modo como interfere na consciência do corpo doente, assim como, nas memórias preservadas no referente ao corpo são, além de frisar a falta de conhecimento acerca desta temática patente nas diversas áreas profissionais que deveriam estar envolvidas, bem como no público em geral.

Assim, consideramos que seria pertinente replicar este estudo noutras patologias, percebendo o modo como as mesmas interferem com o corpo doente e com as memórias preservadas do corpo são, focando as questões ligadas à funcionalidade, nomeadamente no que concerne à realização de atividade/exercício físico.

Intimamente ligado ao acima referido, importava também perceber e associar se a prática de atividade/exercício físico apresentaria características

favorecedoras de uma melhor condição de saúde, prevenindo a ocorrência e recorrência de condições patológicas.

De forma a complementar a informação obtida com este trabalho, tornar-se-ia importante recolher as impressões dos intervenientes com capacidade de decisão política, nomeadamente a nível das instituições locais no que concerne às questões ligadas à vertente preventiva da saúde, nomeadamente pela oferta e disponibilidade de meios e recursos favorecedores da prática de atividade/exercício físico, assunto que tem sido amplamente focado nos meios de comunicação social.

## Referências Bibliográficas

---



1. Albuquerque, C. M. S., & Oliveira, C. P. F. (2002). Saúde e Doença: Significações e Perspectivas em Mudança. *Millenium - Revista do ISPV*, 25. Consult. 2 Junho de 2013, disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/millenium25/default.htm>
2. Alves, M. (1999). *Representações Sociais do Corpo Envelhecido*. Porto: M. Alves. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
3. Alves, M. (2004). A actividade física na construção de sentidos para o tempo da reforma: o caso de uma Universidade da terceira idade. Porto: M. Alves. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
4. American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and Process (3<sup>rd</sup> ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68(Suppl. 1), S1–S48.
5. Associação AVC (2009). *Tipos de AVC*. Acedido em 19 Maio 2017, disponível em <http://associacaoavc.pt/Informacao/Menu1/Page3.php>
6. Bailey, R. R. (2017). The issue is... Promoting Physical Activity and Nutrition in people with stroke. *The American Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 1-5.
7. Barata, T. J. L. (2017). A medicina do exercício em Portugal: perspetiva histórica. *Revista Factores de Risco*, 44, 35-43.
8. Barreto, F. P. (2014). Os efeitos da ciência sobre o corpo: o corpo-máquina da medicina, o corpo neuronal da psiquiatria biológica, o corpo remodelado da medicina plástica. Os efeitos da ciência sobre o corpo: o corpo-máquina da medicina, o corpo neuronal da psiquiatria biológica, o corpo remodelado da medicina plástica. *Opção Lacaniana Online*, 5(13). Consult. 16 Abril 2016, disponível em [http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero\\_13/Os\\_efeitos\\_da\\_ciencia\\_sobre\\_corpo.pdf](http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_13/Os_efeitos_da_ciencia_sobre_corpo.pdf)
9. Bastos, C. (2001). Omulu em Lisboa: etnografias para uma teoria da globalização. *Etnográfica*, 2, 303-324.

10. Battin, M. (2009). A Dignidade Humana e as Pessoas Muito Idosas. In Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento 2008/2009 (Org.), *O Tempo da Vida*, Lisboa: Principia, p. 289-305.
11. Bento, J. (1995). *O outro lado do desporto. Vivências e reflexões pedagógicas*. Porto: Campo das Letras.
12. Bento, J. (1998). Desporto e Humanismo. O Campo do Possível. In M. González Valeiro, A. Areces Gayo, R. Martín Acero & J.L. Salvador Alonso (Eds.). *VII Congresso Galego de Educacion Física. Deporte e Humanismo em Clave de Futuro*. Livro de Actas do VII Congresso de Educación Física e Ciencias do Deporte dos Países de Língua Portuguesa.
13. Bento, J. (1999). "Contexto e perspectivas", In J. Bento, R. Garcia, A. Graça (Eds.), *Contextos da Pedagogia do Corpo*. Lisboa: Livros Horizonte, 19-112.
14. Bento, J. (1999). O idoso: a geração do próximo milénio. In J. Mota & J. Carvalho (Eds.), *A qualidade de vida no idoso: O papel da actividade física*. Porto: FCDEF. Actas do Seminário, Porto, 1999.
15. Bento, J. (2006). Nota Editorial, Da falácia da "actividade física". *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 6 (3).
16. Bento, J. (2007). Nota Editorial, Em defesa do desporto. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 7 (2).
17. Bento, J. (2009). Do corpo e do activismo na conjuntura de mercado e consumo. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 9 (2-3), 203-227.
18. Bernhardt, J., Chan, J., Nicola, I., & Collier J. M. (2007). Little therapy, little physical activity: Rehabilitation within the first 14 days of organized stroke unit care. *J Rehabil Med*, 39, 43-48.
19. Billinger, S. A., Arena, R., Bernhardt, J., Eng, J. J., Franklin, B. A., Johnson, C. M., MacKay-Lyons, M., Macko, R. F., Mead, G. E., Roth, E. J., Shughnessy, M., & Tang, A. (2014). Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors. A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 45, 2532-2553.

20. Binder, E. F., Burge, S. J., & Spina, R. (1999). Peak aerobic power as an important component of physical performance in older women. *J Gerontol Med Sci*, 54, 353-356.
21. Borges, A. (2002). *Janela do (in)visível*. Porto: Campo das Letras.
22. Boyne, Pierce., Billinger, S., MacKay-Lyons, M., Barney, B., Khoury, J., & Kari Dunning, K. (2017). Aerobic Exercise Prescription in Stroke Rehabilitation: A Web-Based Survey of US Physical Therapists. *JNPT*, 41, 119-128.
23. Busato, M. A., Antonioli, M. A., & Ferraz, L. (2013). Interface saúde e ambiente. In C. Sá, F. Ferreti & M. A. Busato (Orgs.), *Ensaio Contemporâneos em Saúde: Uma Perspetiva Interdisciplinar*. Chapecó: Argos. Editora da UnoChapecó.
24. Carrageta, M. O. (2017). Os benefícios cardiovasculares do Exercício Físico. *Revista Factores de Risco*, 44, 30-34.
25. *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. (1986). 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá, 17-21 Novembro de 1986. Consult. 2 Junho 2013, disponível em <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>.
26. Carvalho, J., & Mota, J. (1999). *A qualidade de vida no idoso: O papel da actividade física*. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física. Actas do Seminário, Porto, 1999
27. Casal, A. Y. (1996). *Para uma epistemologia do discurso e da prática antropológica*. (1ª Edição). Lisboa: Edições Cosmos.
28. *Promoção da Atividade Física*. Consult. 16 setembro 2017, disponível em <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/04/28/promocao-da-atividade-fisica-em-portugal/>
29. Corbin, A., Courtine, J., & Vigarello, G. (2013). *História do Corpo. Séc. XX, As Mutações do Olhar. (Volume V)*. Círculo de Leitores.
30. Costa, M. (1991). *Arte de furtar*. (Edição Crítica com Introdução de Roger Bismut). Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda.
31. Crespo, J. (1990). *A História do Corpo*. Lisboa: Difel.

32. Crespo, J. (2016). O envelhecimento do herói, que lugar no mundo. In *O Homem Máquina, Discursos Sobre o Corpo*. Lisboa: Comité Olímpico de Portugal.
33. Creswell, J.W. (1998). *Qualitative Inquiry and research design*. London UK: Sage Publications.
34. Cunha, C. (2016). Os caminhos do corpo: Os diálogos entre o ter corpo e o ser corpo. In *O Homem Máquina, Discursos Sobre o Corpo*. Lisboa: Comité Olímpico de Portugal.
35. Dalai-Lama. (2000). *Ética para o Novo Milénio*. Círculo de Leitores.
36. Dalai-Lama. (2004). *Conselhos do Coração*. (2ª Edição). Edições Asa.
37. *Declaração de Alma-Ata*. (1978). Consult. 2 Junho 2013, disponível em <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>
38. Denzin, N., & Lincoln, Y. (2000). *Handbook of Qualitative Research* (Second Edition). Sage Publications, Inc.
39. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Educação, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. (2017). Despacho n.º 3632/2017. *Diário da República*, 2º Série, n.º 83/2017, 8110 – 8111.
40. Direção-Geral da Saúde. (2013). *Portugal - Doenças cérebro-cardiovasculares em números – 2013*. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
41. Direcção-Geral da Saúde. (2015). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números - 2015*. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
42. Duarte, A.M. (1999). A motivação para a prática de actividade física no idoso. In J. Mota & J. Carvalho (Eds.), *A qualidade de vida no idoso: O papel da actividade física*. Porto: FCDEF. Actas do Seminário, Porto, 1999.
43. Duarte, R.A. (2008). *O valor do corpo exposto. Estudo centrado numa academia de uma cidade do interior de Minas Gerais*. Porto: R. Duarte. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.



44. AA. VV. (1994). Religião-Rito In *Enciclopédia Einaudi*. (Volume 30). Imprensa Nacional – Casa da Moeda.
45. Entralgo, P.L. (1989). *El Cuerpo Humano – Teoría Actual*. Madrid: Espasa-Calpe.
46. Entralgo, P. L. (2003). *Corpo e Alma*. Almedina.
47. Falqueto, J., & Farias, J. (2016). Saturação Teórica em Pesquisas Qualitativas: Relato de uma Experiência de Aplicação em Estudo na Área de Administração. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*, 3, 560-569.
48. Feathrestone, M. (1991). *“The Body in Consumer Culture”*. *The Body: Social Process and Cultural Theory*. London: Sage Publications.
49. Feathrestone, M., & Hepworth, M. (1996). *“Images of Aging”*. *Ageing in Society*. London: Sage Publications.
50. Fernandes, A. T. (1985). *Sociologia e sócio-lógica. Sobre o fim do meta-social*. Porto: Brasília Editora.
51. Ferreira, V. (2011). *Invocação ao meu Corpo. Ensaio*. (4ª Edição). Lisboa: Quetzal Editores.
52. Ferreti, F., Sá, C., & Corralo, V. S. (2003). Envelhecimento: um fenômeno contemporâneo, complexo e multidimensional. In C. Sá, F. Ferreti & M. A. Busato (Orgs.), *Ensaio Contemporâneos em Saúde: Uma Perspectiva Interdisciplinar*. Chapecó: Argos. Editora da Unochapecó.
53. Ferry, L. (1999). Para que serve a filosofia contemporânea? Pensar o “insubstituível de nossas vidas”. In A. Comte-Sponville & L. Ferry, *A sabedoria dos modernos*. São Paulo: Martins Fontes.
54. Ferry, L., & Vincente, J. (2000). *O que é o Homem? Sobre os fundamentos da Biologia e da Filosofia*. Edições Asa.
55. Flansbjer, U.-B., Holmback, A. M., Downham, D., Patten, C., & Lexell, J. (2005). Reliability of gait performance tests in men and women with hemiparesis after stroke. *J Rehabil Med*, 37, 75-82.
56. Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, 24(1), 17-27.

57. Foucault, M. (1991). *As palavras e as coisas*. Lisboa: Edições 70.
58. Franco, O. H., de Laet, C., Peeters, A., Jonker, J., Mackenbach, J., & Nusselder, W. (2005). Effects of physical activity on life expectancy with cardiovascular disease. *Arch Intern Med*, 165, 2355-364.
59. Gagliardi, R. J., (2010). Acidente Vascular Cerebral ou Acidente Vascular Encefálico? Qual a melhor nomenclatura? *Rev Neurociencia*, 18(2), 131-132
60. Gallanagh, S., Quinn, T. J., Alexander, J., & Walters, M. R. (2011). Physical Activity in the Prevention and Treatment of Stroke. *Neurology*, 1, 1-10.
61. Garcia, R.P. (1998). Lição de Síntese. Elaborada para a obtenção do título de Agregado no 6º grupo de disciplinas da FCDEF.UP. *Lição de Síntese*. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física – Universidade do Porto.
62. Garcia, R.P. (1999). “Da desportivização à somatização da sociedade” In J. Bento, R. Garcia & A. Graça (Eds), *Contextos da Pedagogia do Corpo*. Lisboa, Livros Horizonte, p.115-163.
63. Garcia, R.P., Portugal, P. (2009). O desporto e histórias de vida. Proposta de um novo itinerário a partir de uma visão personalista. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 9 (1), 90-102.
64. Giddens, A. (1994). *Modernidade e identidade pessoal*. Oeiras: Celta Editora.
65. Giddens, A. (2008). *Sociologia*. (7ª Edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
66. Goffman, E. (1968). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Harmondsworth: Penguin.
67. Goode, W. J., & Hatt, P. K. (1979). *Métodos em pesquisa social*. São Paulo. Companhia Editora Nacional.
68. Gordon, N.F., Gulanick, M., Costa, F., Fletcher, G., Franklin, B.A., Roth, E. J., & Shephard, T. (2004). Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors: An American Heart Association Scientific Statement From the Council on Clinical Cardiology, Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention; the

- Council on Cardiovascular Nursing; the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the Stroke Council. *Stroke*, 35, 1230-1240.
69. Green, J., & Thorogood., N. (2004). *Qualitative Methods for Health Research*. London: Sage Publications.
70. Hammell, K. W., Carpenter, C., & Dyck, I. (2000). *Using Qualitative Research. A Practical Introduction for Occupational and Physical Therapists*. Churchill Livingstone.
71. Heras, A.B. (1994). La construcción social del cuerpo de la mujer en el deporte. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 68 (95), 97-117
72. Howarth, G., & Leaman, O. (2001). *Enciclopédia da morte e da arte de morrer*. Lisboa: Círculo de Leitores.
73. Intervenção Endovascular no AVC Isquémico Agudo. Parecer da Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. (2016). Consult. 6 de maio de 2017, disponível em <http://static.lvensine.net/spavc2013/lmgs/pages/PUBLICACOES/Parecer%20da%20Sociedade%20Portuguesa%20do%20Acidente%20Vascular%20Cerebral.pdf>
74. Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP
75. Ivey, F. M., Hafer-Macko, C. E., & Macko, R. F., (2008). Task-oriented treadmill exercise training in chronic hemiparetic stroke. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 45(2), 249-260.
76. Jardim, A.P. (2016). Apresentação e Contextualização do projeto: O Homem Máquina. Discursos sobre o Corpo In *O Homem Máquina, Discursos Sobre o Corpo*. Lisboa: Comité Olímpico de Portugal.
77. Jana, J. E. A. (1995). *Para uma teoria do corpo humano*. Instituto Piaget.
78. Jerez, M. J., & Díaz, A. R. (1994). El cuerpo humano ante las nuevas tecnologías médicas. Hacia una redefinición del nacimiento y la muerte. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 68(94), 173-196

79. Jorgensen, H.S., Nakayama, H., Raaschou, H.O., & Olsen, T.S. (1999). Neurologic and functional recovery the Copenhagen Study. *PhysMed Rehabil Clin North Am*, 10, 887-906.
80. Junior, A.F. (1999). Idosos em movimento – mantendo a autonomia: um projecto para promover a saúde e a qualidade de vida através de actividades físicas. In J. Mota & J. Carvalho (Eds.), *A qualidade de vida no idoso: O papel da actividade física*. Porto: FCDEF. Actas do Seminário, Porto, 1999.
81. Kant, I. (2004). *Fundamentação metafísica dos costumes*. (edição original de 1785). Porto: Porto Editora.
82. Lacerda, T.O. (2016). Estética do Corpo Desportivo. In *O Homem Máquina, Discursos Sobre o Corpo*. Lisboa: Comité Olímpico de Portugal.
83. Langhorne, P., & Duncan, P. (2001). Does the organization of postacute stroke care really matter?. *Stroke*, 32, 268-274.
84. Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. *The American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), 640-649.
85. Lee, C. D., Folsom, A.R., & Blair, S. N. (2003). Physical activity and stroke risk: a meta-analysis. *Stroke*, 34, 247-2482.
86. Le Breton, D. (1953). *A sociologia do corpo*. (2ª Edição). Petrópolis: Editora Vozes.
87. Lennon, O., Carey, A., Gaffey, N., Stephenson, J., & Blake, C. (2008). A pilot randomized controlled trial to evaluate the benefit of the cardiac rehabilitation paradigm for the non-acute ischaemic stroke population. *Clin Rehabil*, 22, 125-133.
88. Leroux, A. (2005). Exercise training to improve motor performance in chronic stroke: effects of a community -based exercise program. *Int J Rehabil Res*, 28, 17-23.
89. Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (2005). *Investigação Qualitativa, Fundamentos e Práticas*. (2ª Edição). Lisboa: Instituto Piaget.
90. Lévinas, E. (2001). *Entre nosotros. Ensayos para pensar em outro*. Valencia: Pre-textos.
91. Lévinas, E. (2012). *Deus, a Morte e o Tempo*. Edições 70.

92. Lieberman, D. E. (2015). *A História do Corpo Humano. Evolução, saúde e doença*. Lisboa: Temas e Debates – Circulo de Leitores.
93. Lima, J.T. (2016). Pensar o corpo através do desporto, Hoje: Limite ou Superação? Harmonia ou Excesso? *In O Homem Máquina, Discursos Sobre o Corpo*. Lisboa: Comité Olímpico de Portugal.
94. Lipovetsky, G. (1989). *A Era do Vazio*. Lisboa: Relógio D'Água.
95. Lopes, J. C. (2017). *AVC: Porquê um dia nacional?*. Consult. 5 Maio 2017, disponível em [http:// www.spavc.org](http://www.spavc.org)
96. Luz, M. T. (2003). As novas formas da saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. *Revista Brasileira Saúde da Família*. Consult. 20 Agosto de 2016, disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2481.pdf>.
97. MacKay-Lyons, M. J., & Makrides, L. (2002). Exercise capacity early after Stroke. *Arch Phys Med Rehabil*, 83, 1697-1702.
98. Macko, R. F., DeSouza, C. A., Tretter, L. D., Silver, K. H., Smith, G. V., Anderson, P. A., Tomoyasu, N., Gorman, P., & Dengel, D. R. (1997). Treadmill aerobic exercise training reduces the energy expenditure and cardiovascular demands of hemiparetic gait in chronic stroke patients.: A preliminary report. *Stroke*, 28, 326-330.
99. Macko, R. F., Smith, G. V., Dobrovolsky, C. L., Sorkin, J. D., Goldberg, A. P., & Silver, K. H. (2001). Treadmill training improves fitness reserve in chronic stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil*, 82(7), 879-884.
100. Madeira, S. G., Agostinho, M. (2017). Aconselhamento breve em Atividade Física nos Cuidados de Saúde Primários. *Revista Factores de Risco*, 44, 51-58.
101. Martins, M. C. A. (2005). A Promoção da saúde: percursos e paradigma. Consult. 2 Junho 2013, disponível em <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>
102. Marzano-Parisoli, M. (2001). The contemporary construction of a perfect body image: bodybuilding, exercise addiction, and eating disorders. *Quest*, 53, 216-230.

103. Mauss, M. (1979). *Sociologia y antropologia*. Madrid: Técnos.
104. Mead, G., & Bernhardt, J. (2011). Physical fitness training after stroke, time to implement what we know: more research is needed. *Int J Stroke*, 6(6), 506-8
105. Mead, G., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2011). Stroke: Physical Fitness, Exercise, and Fatigue. *Stroke Research and Treatment*, 2012, 1-2.
106. Mendes, R. M. N. (2008). História dos Conceitos de Saúde e de Doença. *Revista Nursing*, 231. Consult. 2 Junho 2013, disponível em [http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3298:historia-dos-conceitos-de-saude-e-de..](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3298:historia-dos-conceitos-de-saude-e-de..)
107. Mendes, M. (2013). Reabilitação cardíaca após enfarte do miocárdio: uma intervenção fundamental, pouco praticada em Portugal. *Rev Port Cardiol*, 32(3), 201-203.
108. Mendes, M. (2016). Reabilitação cardíaca em Portugal. Ponto da situação em 2014-2014. *Rev Port Cardiol*, 35(12), 669-671.
109. Mendis, S. Abegunde, D. Yusuf, S. Ebrahim, S., Shaper, G., Ghannem, H., Shengelia, B. (2005). WHO study on Prevention of Recurrences of Myocardial Infarction and Stroke (WHO-PREMISE). *Bulletin of the World Health Organization*, 83(11), 820-828.
110. Merleau-Ponty, M. (1994). *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
111. Minayo, M.S. (1994). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
112. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Educação, trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. (2017). Despacho n.º 3632/2017, de 28 de abril de 2017. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 83, 8110-8111.
113. Ministério da Saúde. (1999). Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de dezembro de 1999. *Diário da República*. 1ª Série-A, 9083-9100.
114. Mirandola, G. (1996). *Discurso sobre a dignidade do homem*. Coleção textos filosóficos. Lisboa: Edições 70

115.       Morais, C. (2014). Lutar contra a mortalidade por doenças cardiovasculares: um desafio para a sociedade!. *Rev Port Cardiol*, 33(6), 337-338.
116.       Morrall, P. (2009). *Sociology and Health. An introduction*. (Second edition). Routledge.
117.       Mota, J. (1998). A Actividade Física e Qualidade de Vida. In M. González Valeiro, A. Areces Gayo, R. Martín Acero & J.L. Salvador Alonso (Eds.). *Deporte e Humanismo en Clave de Futuro*. Galicia – A Coruña: VI Congresso de Educación Física e Ciências do deporte dos Países de Língua Portuguesa. VII Congresso Galego de Educacion Física. Libro de Actas, Galicia – A Coruña, 1998.
118.       Mota, J. (1999). Promoção da actividade física nos idosos: uma perspectiva global. In J. Mota & J. Carvalho (Eds.), *A qualidade de vida no idoso: O papel da actividade física*. Porto: FCDEF. Actas do Seminário, Porto, 1999.
119.       Mota, J. (2000). O Idoso, A actividade Física e a Qualidade de Vida. In Actas do Seminário: *A recreação e Lazer da População com Necessidades Especiais*. Porto: Edição FCDEF-UP/ CM Porto.
120.       Mota, J. (2001). Actividade Física e Lazer – contextos actuais e ideias futuras. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 1 (1), 124-129.
121.       O que é um AVC? (s. d.). *Portugal AVC*. Consult. 22 abril 2017, disponível em <https://www.portugalavc.pt/o-que-e-o-avc-1>
122.       O'Donnell, M.J., Denis, X. Liu, L., Zhang, H., Chin, S.L. Rao-Melacini, P., Rangarajan, S., Islam, S., Pais, P., McQueen, M.J., Mondo, C., Damasceno, A., Lopez-Jaramillo, P., Hankey, G.J., Dans, A.L., Yusuf, K., Truelsen, T., Diener, H. C., Sacco, R. L., Ryglewicz, D., Czlonkowska, A., Weimar, C., Wang, X., & Yusuf, S. (2010). Risk factors for ischemic and intracerebral hemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet*, 376(9735), 112-123.

123. Organização Mundial de Saúde. (2003). *Promovendo a Qualidade de Vida após Acidente Vascular Cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde*. Porto Alegre: Artmed.
124. Orlandi, E.P. (1988). *Discurso e leitura*. Campinas: Cortez.
125. Ortega Y Gasset, J. (1981). *El hombre y la gente*. Madrid: Alianza Editorial.
126. Ortega Y Gasset J. (1989). *Sobre a caça e os touros*. Lisboa: Edições Cotovia.
127. Paffenbarger, R.S. Jr., Hyde, R.T., Wing, A.L., Lee IM, Jung, D.L., & Kampert, J. B. (1993). The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *N Engl J Med*, 328(8), 538-545.
128. Pais, J. (1996). *Culturas Juvenis*. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda.
129. Pate, R.R., Pratt, M., Blair, S.N. Haskell, W.L., Macera, C. A., Bouchard, C., Buchner, D., Ettinger, W., Heath, G. W., King, A. C., et al (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and American College of Sports Medicine. *JAMA*, 273(5), 402-407.
130. Pascoaes, T (1993). *O Homem Universal e outros escritos*. Assírio & Alvim.
131. Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3rded). Thousand Oak: Sage Publications.
132. Patrício, M., & Sebastião, L.M. (2004). *Conhecimento do Mundo Social e da Vida. Passos para uma pedagogia da sagesa*. Universidade Aberta.
133. Paúl, C., & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
134. Paúl, C., & Fonseca, A. M., (2006). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
135. Pessoa, F. (2006). *Poesias do eu*. Lisboa: Círculo de Leitores.
136. Pessoa, F. (2012). *Teoria da Heteronímia*. Porto Editora.



137. Pereira, A.L.T.N. (2004). *Para uma visão fenomenológica do corpo contemporâneo. Contributo a partir do alpinismo e das ginásticas de academia*. Porto: A.L.T.N. Pereira. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
138. Pereira, A. M. A. (2002) *A excelência profissional em Educação Física e Desporto em Portugal. Perfil a partir de 7 Histórias de Vida*. Viseu: Departamento Cultural Instituto Superior Politécnico de Viseu.
139. Piteira, N., Abrantes, N., & Sá, M.J. (2017). Consultas para a promoção da Atividade Física nos Cuidados de Saúde Primários. *Revista Factores de Risco*, 44, 44-50.
140. Poirier *et. al.* (1999). *Histórias de vida. Teoria e Prática*. (2ª Edição). Oeiras: Celta Editora.
141. Pollack, M., & Disler, P. (2003). Evidence based stroke rehabilitation. *Australasian Journal on Ageing*, 22 (3), 114-119.
142. Potempa, K., Braun, L., Tinknell, T., & Popovich, J. (1996). Benefits of aerobic exercise after stroke. *J Sports Med*, 21, 337-346.
143. Prost, A. (1991). “*Fronteiras e Espaços do Privado*”, In P. Ariès, G. Duby (Eds), *Histórias da Vida Privada*. V, Lisboa: *Edições Afrontamento*, pp.61-113.
144. Quivy, R. Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
145. Ramos, V.A.B. (2016). O Processo de Luto. *Psicologia.pt*. Consult. 30 Setembro 2017, disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1021.pdf>
146. Rezer, R., & Reggio, D. J. (2013). Concepções filosóficas para o campo da saúde: um diálogo com Gadamer e Weizsäcker. In C. Sá, F. Ferreti & M. A. Busato (Orgs.), *Ensaio Contemporâneos em Saúde: Uma Perspetiva Interdisciplinar*. Chapecó: Argos. Editora da Unochapecó.
147. Ribeiro, A. (2003). *O Corpo que Somos, aparência, sensualidade, comunicação*. Lisboa: Notícias Editorial.

148. Roccheta, C. (1993). *Hacia una teologia de la corporeidade*. Madrid: Ediciones Paulinas.
149. Roland, B. (2003). A adolescência homoerótica no contexto escolar: uma história de vida. In Luiz Paulo da Moita Lopes (Org.), *Discursos de identidades. Discurso como espaço de construção de gênero, sexualidade, raça, idade e profissão na escola e na família*. Campinas, SP: Mercado Letras.
150. Roth, E.J., Heinemann, A. W., Lovell, L. L., Harvey, R. L. McGuire, J. R., & Diaz, S. (1998). Impairment and disability: their relation during stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*, 79, 329-335.
151. Ruivo, J. A., (2017). Medicina do Exercício: desafios e soluções. *Revista Factores de Risco*, 44, 65-70.
152. Sá, M.J. (2009). AVC - Primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa*, 6, 12-19.
153. Sacco, R. L., Gan, R., Boden-Albala, B., Lin, I.-F., Kargman, D.E., & Hauser, W. A. (1998). Leisure-Time Physical Activity and Ischemic Stroke Risk: The Northern Manhattan Stroke Study. *Stroke*, 29, 380-387.
154. Salina, L. (1994). La construccion social del cuerpo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 68(94), 85-96
155. Santiago, L. V. (1999). *Os valores orientadores das práticas desportivas em grupos emergentes da terceira idade: um estudo sobre as suas construções simbólicas*. Porto: L. V. Santiago. Dissertação de Doutoramento. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade do Porto.
156. Santiago, L. V. (1999). As transformações corporais dos idosos pertencentes ao grupo de actividades físicas da Câmara Municipal do Porto: argumentos para construções de sentidos. In J. Mota & J. Carvalho (Eds.), *A qualidade de vida no idoso: O papel da actividade física*. Porto: FCDEF. Actas do Seminário, Porto, 1999.
157. Santo Agostinho. (2002). *Confissões*. Editora Martin Claret.

158. Saunders, D.H., Greig, C.A., & Mead, G.E. (2014). Physical Activity and Exercise After Stroke: Review of Multiple Meaningful Benefits. *Stroke*, 45, 3742-3747.
159. Schwartz, E., Lange, C., & Meincke, S. M. K. (2001). A Enfermagem e os cuidados à saúde da família rural. *Fam. Saúde Desenv.*, 3(1), 48-53.
160. Selgas, F. J. G. (1994). El «cuerpo» como base del sentido de la accion. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 68(94), 41-83
161. Sérgio, M. (2004). *Alguns olhares sobre o corpo*. Instituto Piaget.
162. Shilling, C. (1993). *The Body and Social Theory*. London: Sage Publications.
163. Silva, J. A. (2000). Dar Anos à Vida ou Vida aos Anos? In Actas do Seminário: *A recreação e Lazer da População com Necessidades Especiais*. Porto: Edição FCDEF-UP/ CM Porto.
164. Silva, P. M. (SD). Evitar o acidente vascular cerebral: um desejo e uma responsabilidade partilhada. Fundação Portuguesa de Cardiologia. Nº 13. Consult. 5 Maio 2017, disponível em [http://www.fpcardiologia.pt/wp-content/uploads/2013/08/FPC\\_Brochura-n13-AVC\\_A5-3.pdf](http://www.fpcardiologia.pt/wp-content/uploads/2013/08/FPC_Brochura-n13-AVC_A5-3.pdf)
165. Smith, S.C., Blair, S. N., Bonow, R. O., Brass, L. M., Cerqueira, M. D. & Dracup, K. (2001). AHA/ACC guidelines for preventing heart attack and death in patients with atherosclerotic disease: 2001 update: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. *Circulation*, 104(13), 1577-1579.
166. Sontag, S. (1998), *A Doença como Metáfora e a Sida e as Suas Metáforas*; Lisboa: Quetzal Editores.
167. Spirduso, W. W. (1995). *Physical Dimensions of Aging*. Illinois: Human Kinetics Publishers.
168. Spitz, L. (1997). As Reações Psicológicas à Doença e ao Adoecer. *Cadernos do IPUB nº 6*.
169. Squires, R. W., & Hamm, L. F. (2006). Exercise and the coronary heart disease connection. In H. Kinetics (Ed.), *AACVPR Cardiac Rehabilitation Resource Manual* (pp. 53-62). Champaign. IL.

170. Stadnik, A.M., Cunha, A.C., & Pereira, B. O. (2009). *Os Professores (também) são Pessoas. Quatro Histórias de Vida*. Viseu: Tipografia Guerra.
171. Stucki, G., Cieza, A., & Melvin, J. (2007). The International classification of functioning, disability and health (ICF): A unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *J Rehabil Med*, 39, 279-285.
172. Tang, A., & Eng, J. J. (2014). Physical Fitness Training After Stroke. *Physical Therapy*, 94(1), 9–13.
173. Teixeira, P., & Tomás, R. (2017). Editorial. Atividade Física, Exercício e Saúde. *Revista Factores de Risco*, 44, 5-6.
174. Thompson, P. D., Buchner, D., Pina, I. L., Balady, G. J., Williams, M. A., Marcus, B. H., Berra, K., Blair, S. N., Costa, F., Franklin, B., Fletcher, G. F., Gordon, N. F., Pate, R. R., Rodriguez, B. L., Yancey, A. K., & Wenger, N. K (2003). Exercise and Physical Activity in the Prevention and Treatment of Atherosclerotic Cardiovascular Disease: A Statement From the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). *Circulation*, 107(24), 3109-3116.
175. Tomás, M.T. (2017). O papel do Fisioterapeuta na promoção da Atividade Física. *Revista Factores de Risco*, 44, 77-83.
176. Turner, B.S. (1994). Los avances recientes en la teoria del cuerpo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 68(94), 11-39
177. Turner, B.S. (1997). *The Body & Society. Explorations in Social Theory*. London: Sage Publications.
178. Unamuno, M. (2001). *Do sentimento trágico de vida*. Coimbra: Quarteto Editora.
179. Verbrugge, L. M. & Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Soc Sci Med*, 38, 1-4.

180. Wiles, R., Ashburn, A., Payne, S., & Murphy, C. (2004). Discharge from physiotherapy following stroke: The management of disappointment. *Soc Sci Med*, 59, 1263-1273.
181. World Health Organization. (2015). Global recommendations on physical activity for health. Consult. 20 Maio 2017, disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf)
182. Zenevycz, L. T., Madureira, V. S. F., Hillesheim, A. C., & Diehl, A. (2013). A espiritualidade e o envelhecimento: linhas entrelaçadas. In C. Sá, F. Ferreti & M. A. Busato (Orgs.), *Ensaaios Contemporâneos em Saúde: Uma Perspetiva Interdisciplinar*. Chapecó: Argos. Editora da Unochapecó.